CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	FAHID BADER DAOUD ALJAONI			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	05-Jan-1988	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	CICA-EI4C-DCD4-GDEA	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS - EN CN GN

CASE INFORMATION نوع الحالة : ☐ **ACUTE** حادة ☐ **CHRONIC** مزمنة ☐ **PRE-EXISTING** موجودة مسبقا ☐ **INJURY** إصابة

DIAGNOSIS التشخيص : S01.511A - Laceration without foreign body of lip, initial encounter, S80.811A - Abrasion, right lower leg, initial encounter, G89.11 - Acute pain due to trauma

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint

PC: Injury to the upper lip and both kneels

said to have slipped and fallen while running from a pet.

Duration: 15mins prior to presentaion.

Not diabetic. but known hypertensive on routine maintenance.

Exam: laceration on the upper lip measures 1cm in length.

Abrassion noted on the left cheek

Abrasion also on the right kneel and left kneel joint just over the patella, both measuring 5cm and 3cm in diameter respectively.

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
51.02	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters	General Consultation
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : Enomen Goodluck

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS	:	○ New	○ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الستشارة	

Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 01/01/2025
التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد