

**CONSULTATION FORM****نموذج الاستشارة**

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

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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: TOFAZZAL HOSSAIN NURUL ISLAM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Mar-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: J2FF-KK12-C2CG-8CDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : E11.65 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia, E78.2 - Mixed hyperlipidemia, Z79.899 - Other long term (current) drug therapy

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

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

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

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

		Complaint	
		PC: for medication refill has nil complaint today known hypertensive and diabetic	
CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS : الملحظات	<i>Enter Remarks</i>		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	Enomen Goodluck		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			<i>Enter CONSULTATION FEES</i>

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 04/01/2025

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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

A rectangular box for the beneficiary's signature. In the top-left corner, there is a small icon of a document with a wavy line at the bottom, indicating a signature or stamp area.