

**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  | : | ZIN WAI AUNG        |                 |
| اسم المريض    |   |                     |                 |
| DATE OF BIRTH | : | 13-Apr-1993         | GENDER : Female |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس           |
| CARD NBR      | : | IE1A-G94C-DCD4-EDEA | PAYER : NAS VN  |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين    |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R53.1 - Weakness

## 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

dry cough,dizziness,weakness,minor nasal obstruction.

o/e there is clear chest,throat is ok now,because took 5 days antibiotics.

|                     |                  |                                                                                                                    |                      |
|---------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                                                                                          | Type                 |
|                     | 9.01             | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner. | General Consultation |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                                                    | Co.Pay               |
|                     | 0102-152902-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                                                                                     | Pharmacy             |
| REMARKS :           | Enter Remarks    |                                                                                                                    |                      |
| النتائج السريرية    |                  |                                                                                                                    |                      |
| الملحظات            |                  |                                                                                                                    |                      |

|                      |   |                                                           |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Enomen Goodluck                                           |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             |
| CONSULTATION FEES :  |   | Enter CONSULTATION FEES                                   |
| رسوم الاستشارة       |   |                                                           |

## 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: 18/01/2025

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

