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	:	SAMUEL KELVIN BONDZIE			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	20-Jan-1990	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	MLLM-NRLM-VMVP-6VAE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS التشخيص : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R52 - Pain, unspecified

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
patient came with sorethroat,right eye swelling,sneezing. o/e hyperemia,and chest is clear.

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN **الطبيب المعالج**	:	Enomen Goodluck			
HOSPITAL /CLINIC **المستشفى / العيادة**	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS **نوع الستشارة**	:	◯ **New** **جديد**	◯ **Follow Up** **المتابعة**	**CONSULTATION FEES :** **رسوم الستشارة**	*Enter CONSULTATION FEES*

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: 17/02/2025
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