



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	:	YAGMUR IZCL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	25-Apr-1991	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	RL65-TPLM-VMVR-PVAE	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																											
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		patient came with productive cough,redness and swollen tongue. o/e there is chest congesion and rendess and swelling in tongue,																											
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																											
86140	C-Reactive Protein	Lab																											
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																											
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																											
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																											
النتائج السريرية																													
REMARKS	:	Enter Remarks																											
الملحظات																													

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

