

GSM Medical Center
Muaded Almazrouei Bdlg -
1st floor - Al Satwa Rd - near
Satwa Roundabout - Al Satwa
- Dubai
Tel: 04-8831002,04-8831003
Fax: 048831004



PREScription

| | | | | | |
|---------------------|---|----------------------------|-----------|---|------------------|
| Patient Name | : | KRESTELLE KALE MAUN | AGE | : | 31 YEARS |
| Address | : | Satwa | Mobile | : | +971 58 123 5475 |
| Medical Record # | : | 13747 | Allergies | : | - |
| Principal Diagnosis | : | ACUTE PHARYNGITIS (J02.9) | | | |
| Secondary Diagnosis | : | COUGH (R05) | | | |
| Additional Remarks | : | CONTINUE SALT WATER GARGLE | | | |

| GENERIC/DOSE/Form | STRENGTH | INSTRUCTIONS | QUANTITY | ROUTE OF ADMIN |
|---------------------|-------------|---|----------|----------------|
| KOFLET/SYRUP | | 10ML, 3 TIMES/DAY FOR 5 DAYS | 2 | PO |
| MAXIGESIC/TABLET | 500MG/150MG | 2 TABLETS, 2 TIMES/DAY FOR 5 DAYS | 20 | PO |
| BETADINE MOUTH WASH | | GARGLE 2 TIMES/DAY FOR 7 DAYS, AFTER BRUSHING TEETH | 1 | PO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Doctor Name

License Number

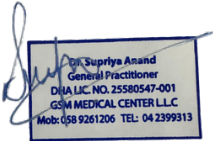
Date

Signature & Stamp

Dr. Supriya Anand

25580547-001

01-JUNE-2023



Sick Leave Certificate


شهادة إجازة مرضية

Date: 01-06-2023 تاريخ:

| Patient Information | | |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Patient Name | Krestelle Kale Bondoc Maun | اسم المريض |
| Patient File No. | 13747 | رقم ملف المريض |
| Visit Type | Outpatient | نوع الزيارة |
| Date of Admission | N/A | تاريخ الدخول |
| Date of Discharge | N/A | تاريخ الخروج |
| Patient Passport No/Emirates ID | N/A / 784-1992-1150637-5 | رقم بطاقة الهوية / رقم جواز السفر |
| Employer | Private | جهة العمل |
| Employer Name | Baden BPO and Software LLC | إسم جهة العمل |

| Sick Leave Information | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| Diagnosis - ICD Code | Acute pharyngitis (J02.9) (J02.9), Cough (R05) (R05) | اسم ورقم التشخيص |
| Sick Leave From, To | 01-06-2023, 02-06-2023 | الإجازة المرضية من , إلى |
| Sick Leave Period | 2 | مدة الإجازة المرضية |
| Physician Remarks | | ملاحظات الطبيب |

| Physician Information | | |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------|
| Physician Name | Supriya Anand | اسم الطبيب |
| Physician Title | General Practitioner-General Practice | تخصص الطبيب |
| Facility Name | Gsm Medical Center LLC | اسم المنشأة |

| | | |
|---------------------|---|--------------|
| Physician Signature | | توقيع الطبيب |
| Physician Stamp |  | ختم الطبيب |

Remarks: ملاحظات:

- This certificate is electronically issued and does not require a DHA stamp or attending DHA for manual attestation. - يتم إصدار هذه الشهادة إلكترونياً ولا تتطلب ختم الهيئة أو الحضور لتصديقها

- For the purpose of verification of this certificate, please visit DHA Website: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> and enter the Security code & Certificate No. mentioned below. - لفرض التحقق من هذه الشهادة، يرجى زيارة موقع هيئة الصحة بدبي: <https://services.dha.gov.ae/sheryan/wps/portal/home/services-professional/online-verification> وإدخال رمز و رقم الشهادة المذكورين أدناه.

CP_9.3 F-06

PIN: 4110



1685640030920