



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 : MUSAMMIL ABDUL AZIEZ

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 21-May-1987

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 88GI-FAE2-C2CI-GCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : M54.18 - Radiculopathy, sacral and sacrococcygeal region, S33.5XXS - Sprain of ligaments of lumbar spine, sequela, M54.5 - Low back pain

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

co back pain long standing 5 days

oe sacral pain chest is clear streching pain heavy weight lifting

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 03/05/2024

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 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

