



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 : MUHAMMAD ARHAM BILAL
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 23-Sep-2020 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : I137-001-118358306-01 PAYER : NAS - RN,RN+
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : S01.01XA - Laceration without foreign body of scalp, initial encounter, G89.11 - Acute pain due to trauma

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

العرض المرضية

Injury to the back of the head of 5mins prior to presentation.

Said to have been playing with siblings when he fell and hit his head on the table.

No vomiting, no loss of conscious and bleeding was not significant and no bleeding from any craniofacial orifice.

Exam: 0.3cm superficial laceration to the occiput, not actively bleeding.

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
51.01	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters Or Less	General Consultation

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 15/05/2024

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 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

