



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 : ABDULLAH MUHAMMAD

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 06-Jul-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 4IRG-4A4C-DCDG-IDEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS	:	K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R10.13 - Epigastric 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 والحالات المتعلقة بالمومة)				
SYMPTOMS	:	Complaint		
العرض المرضية		pc: stomach pain nausea and vomiting 1 day diarrhea		
CLINICAL FINDINGS	:	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية		9	Consultation Gp	General Consultation
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
		0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
		0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	AHSAN HUSSAIN		
الطبيب المعالج				
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة				
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
نوع الاستشارة				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP	 	DATE: 04/09/2024
توقيع وختم الطبيب		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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

