



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

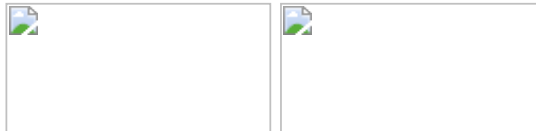
PATIENT NAME	:	ali mustafa omar		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	12-Jul-2017	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	AE12-AK12-C2CF-GCDE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
				NAS - EN CN GN

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	L08.0 - Pyoderma						
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		C/O PAIN OVER THE LEFT HAND - 2 DAYS.						
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Consultation Specialist</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	10	Consultation Specialist	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type						
10	Consultation Specialist	General Consultation						
النتائج السريرية								
REMARKS	:	Enter Remarks						
الملاحظات								

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



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 05/09/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

