

**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	:	IDRISS ISSA FAICAL	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Mar-1994	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	2IIK-1FE2-C2CJ-FCDE	PAYER : NAS - RN,RN+
رقم البطاقة			ببركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, I10 - Essential (primary) hypertension, M54.5 - Low back pain, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, I20.9 - Angina pectoris, unspecified
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
		PC: KNOWN ASTHMATIC
		HYPERTENSIVE
		CAME FOR MEDICATION RE FILL
		LOW BACK PAIN
		URINARY TRACT INFECTION
		STOMACH PAIN

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>93000</td><td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type									
9	Consultation Gp	General Consultation									
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay									
النتائج السريرية											

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 16,

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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
رة منه. أية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

