

**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	: MOHAMED IBRAHIM MOHAMED MOUSSA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 21-Jul-1980	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2G8A-FFE2-C2CJ-1CDE	PAYER	: NAS - R
رقم البطاقة		سيرة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, I10 - Essential (primary) hypertension, M54.5 - Low back pain, I20.9 - Angina pectoris, unspecified, R50 - Convulsions, unspecified

التشخيص

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: ASTHMATIC KNOWN
		HYPERTENSIVE
العراض المرضية		CAME TO RE FIL MEDICATION
		LOW BACK 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 Consul</td></tr><tr><td>93005</td><td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consul	93005	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type									
9	Consultation Gp	General Consul									
93005	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O 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
				Enter CONSULTATION FEES

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 التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

