

**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	: RAJKARAN KUMAR SURESH PRASAD KUSHWAHA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 17-Jun-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: K2AF-IJ12-C2C8-ECDE	PAYER	: NAS -
رقم البطاقة		بيرة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	K60.3 - Anal fistula, K61.39 - Other ischiorectal abscess, K61.0 - Anal abscess		
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		
الاعراض المرضية		PC: PERIANAL FISTULA DISCHARGE AND PUS AT 7 O CLOCK POSITION PREVIOUSLY TAKING ANTIBIOTIC NEED TO RE FILL		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
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 :

Enter CONSULTATION

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 24,

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

