



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 : WAQAS SALEEM MUHAMMAD SALEEM
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 22-Oct-1986
تاريخ الميلاد
GENDER : Male
الجنس
CARD NBR : 14AG-4RCC-DCDR-GDEA
رقم البطاقة
PAYER : NAS - SRN WN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, K59.00 - Constipation, unspecified, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, M54.5 - Low back pain, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension
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
PC: CONSTIPATION
STOMACH PAIN

CLINICAL FINDINGS :
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
80061	Lipid Panel	Lab

REMARKS : Enter Remarks
الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN
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: 25/09/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

