

**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	:	EMAN NAGY NASR SALEH			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	25-Feb-1979	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	LR3M-RRLM-VMVT-1VAE	PAYER	:	NAS - RN,RN+
رقم البطاقة			سيرة التأمين		

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

DIAGNOSIS : E86.0 - Dehydration, E79.0 - Hyperuricemia w/o signs of inflam arthrit and tophaceous dis, Z79.899 - term (current) drug therapy, M25.60 - Stiffness of unspecified joint, not elsewhere classified, E11.9 - 1 diabetes mellitus without complications

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**

co dehydration

n diabetic pat not taking medicine from two weeks want to check the lab

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
	83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
	80076	Hepatic Function Panel	Lab
	80069	Renal Function Panel	Lab
	86431	Rheumatoid Factor Quantitative	Lab
	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consu

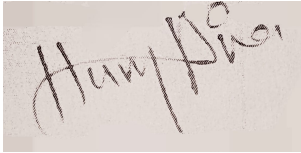
REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATIC
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP :  

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 27, 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 للفراد المعالين من قبلي و رة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE : 

توقيع المستفيد