



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : ZAHEER AHMAD BABAR GUL BAR KHAN
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 04-Dec-1984 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : 66PM-5MMM-VMVT-TVAE PAYER : NAS VN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications, E78.5 - Hyperlipidemia, 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

العراض المرضية

PC: HYPOTHYROIDISM KNOWN
 PREVIOUS REPOR TSH RAISED
 ALSO HYPERTENSIVE
 ALLERGIC DERMATITIS
 DEHYDRATED

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
80061	Lipid Panel	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
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 FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 28/09/2024

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 كالمصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

