



## CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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 : MOHAMMED MOIN KHAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 16-Apr-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 818I-JEE2-C2CJ-ECDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - RN,RN+

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, L40.9 - Psoriasis, unspecified, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, M54.5 - Low back pain, I10 - Essential (primary) hypertension, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

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: ASTHMATIC KNOWN

PSORIASIS

HYPERGLYCEMIA

LOW BACK PAIN

HYPERTENSIVE KNOWN

STOMACH PAIN

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

9 Consultation Gp General Consultation

80061 Lipid Panel Lab

86677 Antibody Helicobacter Pylori Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

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

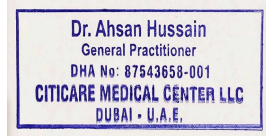
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 08/10/2024

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

