



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 : ELAINE BYRNE
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 12-Aug-1994
 تاريخ الميلاد
 GENDER : Female
 الجنس
 CARD NBR : I044-004-118587671-01
 رقم البطاقة
 PAYER : NAS VN
 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, R14.3 - Flatulence, R14.0 - Abdominal distension (gaseous), R50.9 - Fever, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, 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

pc: general physical examination

tired for last 2 days

stomach pain

العراض المرضية

previously hypothyroidism

hyperlipidemia

fever

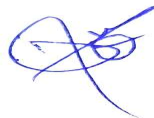
CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
80061	Lipid Panel	Lab
84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS :	Enter Remarks		
الملاحظات :			

TREATING PHYSICIAN :	AHSAN HUSSAIN		
الطبيب المعالج :			
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة :			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة :			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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

