



## 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 : SAMI AMJAD MAHER KAMAL

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 16-Jun-2016

تاريخ الميلاد

CARD NBR : I137-001-121176040-01

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - EN CN GN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], M54.5 - Low back pain, R05 - Cough

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: fever

flu

cold

low back pain

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                                                 | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                                           | General Consultation |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment                           | Co.Pay               |
| 0006-402805-2071 | Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/ml - 20.00 Liquids Bottle (x1)] | Co.Pay               |
| 86140            | C-Reactive Protein                                                        | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count                          | 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 FEE

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

