



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 : KATHRINE MARTIJA DIOKNO,
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 26-May-1998 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : AFEA-1JE2-C2CG-ICDE PAYER : NAS - RN,RN+
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, M54.5 - Low back pain, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, B00.9 - Herpesviral infection, 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: ASTHMATIC KNOWN
PSORIASIS
FUNGAL INFECTION FEET
LOW BACK PAIN
STOMACH PAIN
HERPES INFECTION

العراض المرضية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86695	Antibody Herpes Smpplx Type 1	Lab

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

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 و ختم الطبيب



DATE: 09/10/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

