



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: KAMEL ISA JASIM ABDULLA ALASWAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Jul-1964	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 7997-1C1E-4ED7-AEDD	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		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], R51.9 - Headache, unspecified, M54.5 - Low back pain, R05 - Cough

التشخيص

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: flu fever HEADACHE LOW BACK PAIN

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0006-402805-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/ml - 20.00 Liquids Bottle (x1)]	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS :

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :**

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب


**DATE:** 10/10/2024

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 كإصاليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

