



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	: IRFANUDDIN MOHAMMAD CHAND PASHA MOHAMMAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 05-Nov-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2EA1-EGE2-C2C8-JCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R73.9 - Hyperglycemia, 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

العراض المرضية

pc: hypertensive known
uric acid raised
on medication
pain in right hand
acute bronchitis
urinary tract infection
hyperglycemia

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
80061	Lipid Panel	Lab

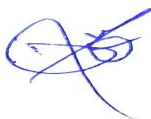
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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: 12/10/2024

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

