



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	: ALAIN CLAUDE HABLERO DUCUT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 23-Nov-1975	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AR4R-GRCC-DCDG-RDEA	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, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, K59.00 - Constipation, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension

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:COUGH
	LOW BACK PAIN
	ASTHMATIC KNOWN
	HYPERLIPIDEMIC
	HYPERTENSION
	CONSTIPATION
	STOMACH PAIN
العراض المرضية	PC: ASTHMATIC KNOWN
	LOW BACK PAIN
	HYPERLIPIDEMIC
	STOMACH PAIN
	CONSTIPATION
	HYPERTENSIVE
	CAME TO REFILL MEDICATION

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية	:	CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		80061	Lipid Panel	Lab
REMARKS الملاحظات	:	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	AHSAN HUSSAIN		
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	:	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEE

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 16/10/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

