



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 : TRUPTI DATTATRAYA UTHALE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 26-Sep-1990
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : 118F-81E2-C2CE-FCDE
رقم البطاقة
PAYER : NAS - RN,RN+
شركة التأمين

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, M54.5 - Low back pain

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
Chest pain, worst upon lying flat at night.
Burning in character
Has associated cough and occasional dyspnea on exertion
known asthmatic, hyperlipidemia.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
80061	Lipid Panel	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEE

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

