



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	: NAVEEN AKULA RAMESH AKULA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Jul-1997	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 4CGG-CG4C-DCDC-IDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.9 - Painful micturition, unspecified, N13.2 - Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction

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: PAIN IN RIGHT FLANK WHILE PASS URINE PAIN INCREASED

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>81000</td> <td>Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																	
9	Consultation Gp	General Consultation																	
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab																	
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																	
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																	
النتائج السريرية																			

REMARKS	: Enter Remarks
الملاحظات	

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

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 19/10/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

