



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	: SADIA BUTT TARIQ NAZIR BUTT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 15-Dec-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: GAA1-11E2-C2CF-2CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: M62.81 - Muscle weakness (generalized), E55.9 - Vitamin D deficiency, unspecified, D50.9 - Iron deficiency anemia, 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: FOLLO WUP AFTER LABS						
	HEMOGLOBIN SUDDEN DROPS TO 11.8 PREVIOUSLY WAS 13						
	BONE PAIN						
	VITAMIN D DEFECIENCY						
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type					
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation					
النتائج السريرية							
REMARKS	: Enter Remarks						
الملحظات							

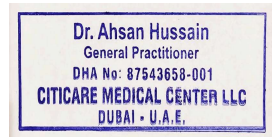
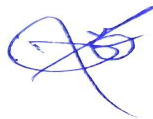
TREATING PHYSICIAN	: AHSAN HUSSAIN	
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 22/10/2024

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. إية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

