



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	: CHRISTINE ALASA JOVER		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 07-May-1982	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 4RG1-414C-DCD2-2DEA	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, M54.5 - Low back pain, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated

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 - the sign of symptoms 1 week back from 15 of Oct 2024
	LOW BACK PAINthe sign of symptoms 1 week back from 15 of Oct 2024
العراض المرضية	HYPERLIPIDEMIOA
	HYPERTENSION
	ASTHMATIC KNOWN
	CAME TO REFILL MEDICATION

CLINICAL FINDINGS	: CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85027	Blood Count Complete Automated	Lab
النتائج السريرية	80061	Lipid Panel	Lab
	9	Consultation Gp	General Consultation

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 FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 23/10/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

