



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: ZAHEER AHMAD BABAR GUL BAR KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Dec-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 66PM-5MMM-VMVT-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS	: H10.13 - Acute atopic conjunctivitis, bilateral, H11.129 - Conjunctival concretions, unspecified eye						
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							
	SVERE REDNESS AND EYE BURNING FOR 3 DAYS						
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type					
9	Consultation Gp	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 و ختم الطبيب

DATE: 25/10/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

