



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	: MOHAMMAD ABDUL LATIF HAZI BADIUR RAHMAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 30-Apr-1989	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: N1ML-3NMM-VMV5-6VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, T24.101A - Burn 1st deg of unsp site right lower limb, ex ank/ft, init, M79.671 - Pain in right foot

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
العرض المرضية	pc: burn at right feet 3 *3 cm blister formed pain at feet

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

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 و ختم الطبيب

DATE: 10/11/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

