



## 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 : KAMEL ISA JASIM ABDULLA ALASWAD  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 25-Jul-1964  
تاريخ الميلاد  
CARD NBR : 7997-1C1E-4ED7-AEDD  
رقم البطاقة  
GENDER : Male  
الجنس  
PAYER : NAS - EN CN GN  
شركة التأمين

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : R19.7 - Diarrhea, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, E86.0 - Dehydration, M62.81 - Muscle weakness (generalized)

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لأسباب 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: diarrhea  
loose motion 19/11/2024  
frequency 3 times in one hour  
dehydration

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                                                                                          | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour                                                                         | Co.Pay               |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                                                               | Pharmacy             |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                                                                                             | Pharmacy             |
| 9.01             | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner. | General Consultation |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                                                    | Co.Pay               |
| 0102-152902-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                                                                                     | Pharmacy             |

REMARKS :

الملاحظات

Enter Remarks

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

DATE: 20/11/2024

توقيع و ختم الطبيب

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

