



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	: MUHAMMAD SAGHEER MUHAMMAD BASHIR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jul-1988	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: TPPL-3NMM-VMV5-5VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: C84.09 - Mycosis fungoides, extranodal and solid organ sites, L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption								
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: allergic dermatitis fungal infection feet								
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </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: 23/11/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

