



## 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 : FIRDOUSE SANTH MOHAMMED  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 05-Jan-1999  
تاريخ الميلاد  
GENDER : Male  
الجنس  
CARD NBR : GIGG-F8E2-C2CF-8CDE  
رقم البطاقة  
PAYER : NAS - SRN WN  
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : M54.5 - Low back pain, N13.2 - Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction

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: low back pain 2 days back

flank pain 1 month

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
|                     | 9                | Consultation Gp                                 | General Consultation |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay               |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
|                     | 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                          | Pharmacy             |
|                     | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                          | Pharmacy             |

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



DATE: 23/11/2024

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

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

