



## 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  | : | FOUAD RAEIF JNIED   |                        |
| اسم المريض    |   |                     |                        |
| DATE OF BIRTH | : | 12-Nov-1982         | GENDER : Male          |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس                  |
| CARD NBR      | : | 2KEG-AAE2-C2CJ-GCDE | PAYER : NAS - EN CN GN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين           |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, M79.10 - Myalgia, unspecified site

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: Fever for the past 3 days.

Duration: 2 days

Had cough 4 days prior for which he took augmetin

He is not hypertensive and not diabetic.

|                     |          |                 |                      |
|---------------------|----------|-----------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code | Treatment       | Type                 |
| النتائج السريرية    | 9        | Consultation Gp | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

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: 25/11/2024

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

