



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	: PRASANNA ALPARA BALAKRISHNAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Jun-1988	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: F2KI-FGE2-C2C8-ICDE	PAYER	: NAS - SRN WN
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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J01.90 - Acute sinusitis, unspecified

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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

PC: Fever, genralized body pains, headacvhe and nasal congestion.

Duratin: 4days.

Also cough and sneezing.

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

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 الستشارة : جديد المتابعة رسوم الستشارة

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 26/11/2024

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

