



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	NERMIN AYMAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	18-Aug-1993	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	FEAJ-GAE2-C2CF-8CDE	PAYER : NAS VN
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, T78.3XXA - Angioneurotic edema, initial encounter, R07.0 - Pain in throat, Z91.013 - Allergy to seafood

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

Pain in throat, headache and dry cough.

Duration: 2days.

LMP: 25/11/2024.

العراض المرضية

Also said to have had swollen face, swollen body and bleeding from the nostrils yesterday prior to the onset of the periods.

Had a history of seafood consumption the day before the onset of symptoms.

There is no reduction in urine output however.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
80051	Electrolyte Panel	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		رسوم الاستشارة
		Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

