



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: MOHD FAHEEM MOHD KALEEM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Aug-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: GJIJ-FEE2-C2CG-JCDE	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J45.991 - Cough variant asthma, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, M54.5 - Low back pain, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, M62.830 - Muscle spasm of back																								
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: headache 26/11/2024																								
	cough with wheezing																								
	low back pain																								
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> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																							
النتائج السريرية																									
REMARKS	: Enter Remarks																								
الملاحظات																									

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 وختم الطبيب



DATE: 30/11/2024

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 كالمصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

