



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	: KAMEL ISA JASIM ABDULLA ALASWAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Jul-1964	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 7997-1C1E-4ED7-AEDD	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, M79.605 - Pain in left leg, T24.192A - Burn 1st deg mult sites of left lower limb, ex ank/ft, init															
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															
العرض المرضية	pc: allergic dermatitis history of swimming on a beach something felt on leg and then reddish spot appear on thigh swollen legs pain in thigh															
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type														
9	Consultation Gp	General Consultation														
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay														
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy														
النتائج السريرية																
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

توقيع و ختم 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

