



## 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 : EMAN NAGY NASR SALEH  
 اسم المريض  
 DATE OF BIRTH : 25-Feb-1979  
 تاريخ الميلاد  
 GENDER : Female  
 الجنس  
 CARD NBR : LR3M-RRLM-VMVT-1VAE  
 رقم البطاقة  
 PAYER : NAS - RN,RN+  
 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, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

co dry cough running nose fever on and off 30 nov. 2024  
 oe chest is congested no added sounds  
 restless  
 diabetic taking medicine

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| النتائج السريرية    | 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               |
|                     | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                          | Pharmacy             |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
|                     | 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                            | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

|                      |   |                                                           |                                                      |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Humaira                                                   |                                                      |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                                      |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                                      |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                                      |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :                                  |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                                       |
|                      |   |                                                           | <input type="text" value="Enter CONSULTATION FEES"/> |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 02/12/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

