



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	:	NAVEED UL HASSAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	09-May-1983	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	KI8G-GFE2-C2C8-8CDE	PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.21 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation, J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, R50.9 - Fever, unspecified, R06.2 - Wheezing, R06.00 - Dyspnea, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified

التشخيص

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 PC: Recurrent cough, current episode began 4 days ago (7/12/2024). Associated with wheezing, difficulty breathing and generalized body pains A known asthmatic on regular inhaler but not diabetic and not hypertensive and has no other medical condition of note Takes tobacco (shisha), but does not ingest alcohol. Had a febrile illness about a week ago which was poorly managed.
----------	---	--

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0006-402803-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

النتائج السريرية

REMARKS :

الملاحظات

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 الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 09/12/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

