



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	: QAMAR SHAHZAD MUHAMMAD YAQOOB		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 23-Mar-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 8JF-8AF2-C2C8-JCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R05 - Cough, R10.13 - Epigastric pain, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold]																								
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																									
co dry cough epigastric pain nausea 8th dec. 2024 oe chest is congested no added sounds restless																									
CLINICAL FINDINGS	: <table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</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>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-242802-0781</td> <td>PANTONIX 40MG I.V.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																							
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																							
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy																							
النتائج السريرية																									
REMARKS	: Enter Remarks																								
الملاحظات																									

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 12/12/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

