



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 : MARC KAMAL BASILE
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 18-Jun-1988 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : IKEF-11E2-C2CK-8CDE PAYER : NAS - SRN WN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J11.1 - Flu due to unidentified influenza virus w oth resp manifest
 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
 Represented; still has fever and chest pain and cough and chest pain,
 Duration: 2 day.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
	87400	Iaad Eia Influenza A/B Each	Lab
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

REMARKS : Enter Remarks
 الملحظات

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 و ختم 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

