



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	: ABDUS SALAM MAINUDDIN AHAMMED		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-May-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RRCG-4G4C-DCD1-RDEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : S01.341A - Puncture wound with foreign body of right ear, init encntr, R52 - Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

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

العراض المرضية

pc: wound near right ear 1*0.2 cm
open wound need stitches
pain
fever

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

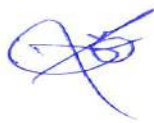
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches /	General
REMARKS : الملحظات :	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 14/12/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

