



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	: 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	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
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

النتائج السريرية

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN			
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: 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

