



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	: ZAHEER AHMAD BABAR GUL BAR KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Dec-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 66PM-5MMM-VMVT-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E79.0 - Hyperuricemia w/o signs of inflam arthrit and tophaceous dis

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 :

pc: came to refill medication

known hypothyroidism

hyperlipidemic known

allergic dermatitis 2 days 18/12/2024

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	84550	Uric Acid Blood	Lab
	83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
	84480	Triiodothyronine T3 Total Tt3	Lab
	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
	80061	Lipid Panel	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :

الملاحظات

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 وختم الطبيب



DATE: 20/12/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

