



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	:	FABIAN LLAPRI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	03-Mar-1995	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	G1IG-GI4C-DCD2-4DEA	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : M25.579 - Pain in unspecified ankle and joints of unspecified foot, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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	pt comes with throat pain since last night. can not swallow. no fever. runny nose since ast night.
	no cough
greenish discharge from nose.	
and also pain in left hand on movement . not at rest.	
no injury	
on exam chest is clear, throat looks inflamed.	
pain in hand on movement. its tender at the ankle	
no injury.	

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS

:

Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN

: SANDIA

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: 22/12/2024

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 كالصليته

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

