

**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 : MOHAMMAD KASIM KHAN MOHAMMAD ASIF KHAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 04-Jan-1987

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 2CEI-9G4C-DCD4-EDEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - RN,RN+

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R07.0 - Pain in throat, R10.13 - Epigastric pain

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** :

العراض المرضية

Complaint

burning pain in peigastric

pt comes with throat pain and cough since yesterday morning.

no runny nose , no blocked nose.

no headache.

on exam chest is clear. throat is inflammed. red.

pain in sallowing

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code**Treatment****Type**

9

Consultation Gp

General Consultation

REMARKS :

الملحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : SANDIA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

نوع الاستشارة

☐ New

جديد

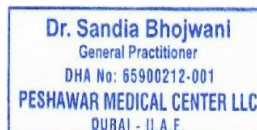
☐ Follow Up

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**DATE:** 22/12/2024

توقيع و ختم الطبيب

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

