



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 : 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: came to refill medication

known hypothyroidism

hyperlipidemic known

allergic dermatitis 2 days 18/12/2024

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	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 : Enter Remarks

الملاحظات

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

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

