



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	:	SABEL ANTON ISSA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	23-Apr-1995	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	47C3-223F-EFC2-DFAD	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R53.83 - Other fatigue, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified												
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												
العرض المرضية		pt comes with fever, cough and runny nose since last evening. pt looks ill and dehydrated. on exam chest is clear, throat is normal. no added sounds heard. fatigue and dehydratin.												
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0102-111908-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96360</td> <td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type												
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy												
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay												
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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP



DATE: 24/12/2024

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

