



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	: MUHAMMAD UMER ABBASI SHABBIR AHMED ABBASI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Mar-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I941-GA4C-DCDI-4DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R30.9 - Painful micturition, 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		
العراض المرضية	co headache could not sleep the whole night 27th dec.2024 oe chest is clear no added sounds restless		
CLINICAL FINDINGS	:		
النتائج السريرية	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
REMARKS	: Enter Remarks		
الملاحظات			

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 و ختم الطبيب

DATE: 28/12/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

