

**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	:	SHYAM SAHANI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-Apr-1987	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	2JE8-JAF2-C2CF-8CDE	PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : N39.498 - Other specified urinary incontinence, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R53.83 - Other fatigue, R05 - Cough, M54.5 - Low back pain

التشخيص

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**

pt comes with complain of sever body ache, since 10 days

lower backache and

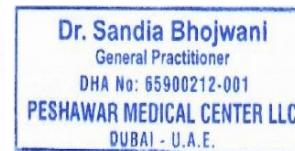
increased frequency of urine and pain durng urination since a month now

العراض المرضية	Complaint		
	pt looks pale and dehydrated complaining of fatigue, tiredness cough loss of appetite		
CLINICAL FINDINGS :			
النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
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 و ختم الطبيب



DATE: 30/01/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

