



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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 : QAMAR SHAHZAD MUHAMMAD YAQOOB
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 23-Mar-1993
تاريخ الميلاد
CARD NBR : 8JJF-8AF2-C2C8-JCDE
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS - SRN WN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : M25.511 - Pain in right shoulder, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

للسببات 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 complains of shoulder pain on right side started yesterday morning. did not lift weight.

loss of appetite for many days

o/e abdomen is non tender

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code

Treatment

Type

9

Consultation Gp

General Consultation

النتائج السريرية

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 FEE

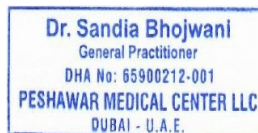
نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP



DATE: 30/01/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

