



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	: JONI CHANDRO DAS SUBEL CHANDRA DAS		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 13-Oct-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EMK2-FH3F-LFLJ-KLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, S91.223D - Laceration w fb of unsp great toe w damage to nail, subs, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration, L03.032 - Cellulitis of left toe

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

: Enter Aetiology

(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

PC : PRESENTED WITH BLEEDING AND PAIN AT LEFT TOE , HX OF FALL IN TOILE

O/E : LOOK PALE ,

HYPOTENSIVE

3*3 CM LACERATION AT LEFT TOE

BLEEDING PERFUSLY

العراض المرضية

النتائج السريرية	CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.	General Consultation
REMARKS :	Enter Remarks			
الملحظات				

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP	DATE: 12/03/2025
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	