



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	: AFZAAL AHMED NIAZ AHMED KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Nov-1995	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 99CG-4A4C-DCDG-GDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: T31.0 - Burns involving less than 10% of body surface, T25.021A - Burn of unspecified degree of right foot, initial encounter																					
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																					
الاعراض المرضية	patient came burning of his right foot 3rd and 4th phalanges are more affected pain scale is 7/10 second degree burn																					
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>51.02</td><td>Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	51.02	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																				
9	Consultation Gp	General Consultation																				
51.02	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters	General Consultation																				
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																				
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																				
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																				
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																				
النتائج السريرية																						
REMARKS	: Enter Remarks																					
الملاحظات																						

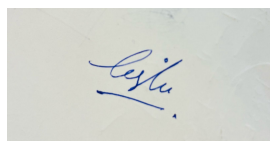
TREATING PHYSICIAN : AISHA

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

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 14/03/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

