



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
تاريخ الميلاد
CARD NBR : 99CG-4A4C-DCDG-GDEA
رقم البطاقة
GENDER : Male
الجنس
PAYER : NAS VN
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

العراض المرضية

PATIENT HAVE BURN WOUND ON HIS RIGHT PHALANGES

THE INCIDENCE HAPPENED THIS MORNING WHEN HE WAS COOKING AND SUDDENLY HOT OIL SLIPPED ON HIS FOOT .

2ND 3RD AND 4TH DIGITS ARE MORE AFFECTED .

PATIENT HAS INTENSE PAIN 8/10

DEGREE OF BURN IS 2ND AS THE SKIN IS ALSO DISRUPTED FROM SOME PARTS OF DIGITS

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

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

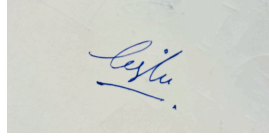
REMARKS : Enter Remarks

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

