



## 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 : RAHMAN GHANI ABDUL QATAR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1990

تاريخ الميلاد

CARD NBR : EC22-II4C-DCD9-4DEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

PC fever,headache,running nose,cough,sorethroat

HOPC Pt presented with complaints of fever,headache,running nose,cough since 4 days

O\E Chest clear

TONSILS ERYTHEMATOUS

No history of drug allergy

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| 86140            | C-Reactive Protein                              | Lab                  |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                 | General Consultation |
| 0005-111805-1021 | CHLOROHISTOL 10MG                               | Pharmacy             |
| 85027            | Blood Count Complete Automated                  | Lab                  |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                  | Pharmacy             |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                          | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

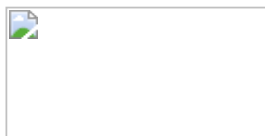
TREATING PHYSICIAN : KEERTHANA

الطبيب المعالج

|                                    |   |                             |                                 |                     |
|------------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|
| HOSPITAL /CLINIC                   | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC |                                 |                     |
| المستشفى / العيادة                 |   |                             |                                 |                     |
| CONSULTATION DETAILS               | : | <input type="radio"/> New   | <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : |
| نوع الاستشارة                      |   | جديد                        | المتابعة                        | رسوم الاستشارة      |
| <div>Enter CONSULTATION FEES</div> |   |                             |                                 |                     |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 16/07/2025

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 كالصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

