



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	: PRADEEP KUMAR LOK NATH BHAGAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Dec-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: NMNK-FH3F-LFLH-JLED	PAYER	: NAS - SRN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications												
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													
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>82947</td> <td>Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>80061</td> <td>Lipid Panel</td> <td>Lab</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab	80061	Lipid Panel	Lab
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consultation											
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab											
80061	Lipid Panel	Lab											
النتائج السريرية													
REMARKS	: Enter Remarks												
الملاحظات													

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

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب

**DATE: 19**

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. إية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد