



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	:	PETER AMOAKO		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	16-Mar-1988	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	JNM2-363F-LFLF-3LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	L73.2 - Hidradenitis suppurativa, R52 - Pain, unspecified, M54.5 - Low back pain		
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		
العرض المرضية		PC painful lump over right armpit HOPC pt presented with complaints of painful lump over his right armpit since 4 days He sweats a lot His bp is 160\100 mmHg.He was on antihypertensives and stopped it one year back O\E pus oozing,tenderness present No history of drug allergy		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		10060	Incision & Drainage Abscess Simple/Single	Co.Pay
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA		
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: 24/07/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد