



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 مرافقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: GULFRAZ KHAN MUHAMMAD AZAD KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 22-May-1977	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: P5NL-3NMM-VMVR-SVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

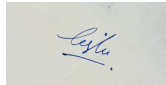
CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, R30.0 - Dysuria																								
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	GENERAL CHECK UP PT IS A KNOWN CASE OF HTN FOR THE LAST 3 YEARS HE IS NOT TAKING ANY MEDICATION TODAY HE COMPLAIN OF NAUSEA AND HEARTBURN .STARTED YESTERDAY NIGHT CRP IS HIGH 14 .1																								
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0384-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>81003</td><td>UrnlS Dip Stick/Tablet Rgnt Auto W/O Microscopy</td><td>Lab</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	81003	UrnlS Dip Stick/Tablet Rgnt Auto W/O Microscopy	Lab	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab	80061	Lipid Panel	Lab
CPT Code	Treatment	Type																							
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																							
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																							
81003	UrnlS Dip Stick/Tablet Rgnt Auto W/O Microscopy	Lab																							
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab																							
80061	Lipid Panel	Lab																							
REMARKS	: Enter Remarks																								
الملاحظات																									

TREATING PHYSICIAN	: AISHA	
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 وختم الطبيب



DATE: 31/07/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

