



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	:	MOHAMMAD MUMTAZ ALAM			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	05-Mar-1986	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	K2IG-J1E2-C2C2-2CDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

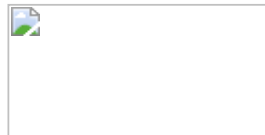
CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	R10.31 - Right lower quadrant pain, R10.819 - Abdominal tenderness, unspecified site, R11.0 - Nausea, R14.0 - Abdominal distension (gaseous), R30.0 - Dysuria, M54.5 - Low back pain, K29.60 - Other 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		
العرض المرضية		PC abdominal distension,loss of appetite,right lower quadrant pain HOPC Pt presents with complaints of abdominal distension,loss of appetite,right lower quadrant pain since 5 days He also has low back pain O\E P\A soft and tenderness right iliac region No history of drug allergy Nil comorbs		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		9	Consultation Gp	General Consultation
		76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
		81015	Urinalysis Microscopic Only	Lab
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
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 وختم الطبيب



DATE: 19/08/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

