



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 : JAWAD ALI QAMAR ZAMAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 26-Apr-2002

تاريخ الميلاد

CARD NBR : GIFG-EAF2-C2CG-ECDE

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 : M54.5 - Low back pain, M62.830 - Muscle spasm of back, I10 - Essential (primary) hypertension, R52 - Pain, unspecified, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, E79.0 - Hyperuricemia w/o signs of inflam arthrit and tophaceous dis, 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

العراض المرضية

pc : lower intercostal space pain

pt came with the complain of muscle spasm and 12th intercostal region pain started this morning

o/e there is pain on touch

he lifed heavy weight two days back

he has a history of high blood pressure but he is not taking any medication

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
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
84550	Uric Acid Blood	Lab
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

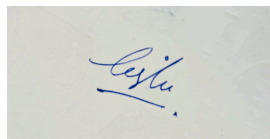
TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 22/08/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

