



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 : KHALIL UR REHMAN MUHAMMAD YAHYA
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 20-Feb-1985 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : RG1I-9RCC-DCD4-CDEA PAYER : NAS - RN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : Z31.81 - Encounter for male factor infertility in female patient, E08.65 - Diabetes due to underlying condition w hyperglycemia
 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
 HISTORY OF INFERTILITY.
 married since 8 years,
 LMP- 01 dec, regular.. 30 days..
 HSG- said to be fine. vocally normal.
 husband is known diabetic, not compliant with medicines, semen analysis, shows count and motility- normal. but pus cells present. advise- antibiotic for 5 days.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	10	Consultation Specialist	General Consultation
	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab

REMARKS : Enter Remarks
 الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR. BUSHRA NAYMAT
 الطبيب المعالج
 HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan
 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: 17/12/2023

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

