



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	ZEYNAB HASANOVA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	07-Dec-1997	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	R12A-124C-DCD9-4DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R53.1 - Weakness
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		weakness after viral infection

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	Sajid Sanallah		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	Irham Medical Center Arjan		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEE

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 03/01/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

