



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	:	MOMIN KHAN		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1986	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	R6L6-65LM-VMVP-PVAE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : A49.9 - Bacterial infection, unspecified, R22.41 - Localized swelling, mass and lump, right lower limb, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

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 :

العراض المرضية

PC: SWELLING REDNESS RIGHT TOE

FEVER

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	: AHSAN HUSSAIN	
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: 12/08/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

