



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	:	NADEEM YOUSEF		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	03-Dec-1975	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	KGJE-18E2-C2CJ-8CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J01.10 - Acute frontal sinusitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified		
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		No Complaints Found for Selected Appointment		
CLINICAL FINDINGS	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Subst/Drug	Co.Pay
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 24/11/2024

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

