



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 : anushka srikanthi perera bethmage
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 19-Jun-1995
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : J88A-G2E2-C2C8-GCDE
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : R07.9 - Chest pain, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R11.10 - Vomiting, 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

C/o: Recurrent chest pain, located on the left side of the upper chest and occasionally on the right side of the upper chest as well.

There is no cough, no difficulty breathing and no fever.

She is not asthmatic and has no other medical condition. She is not hypertensive and not diabetic.

Exam: marked epigastric tenderness.

Assessemnt is of acute gastritis.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
93040	Rhythm Ecg 1-3 Leads W/Interpretation & Report	Co.Pay

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: Enomen Goodluck

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: 17/05/2024

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

