



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 : MUHAMMAD KABIR RAZA ABDUL RASHEED
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 01-Jan-1986
 تاريخ الميلاد
 CARD NBR : 5R3N-6RLM-VMVN-MVAE
 رقم البطاقة
 GENDER : Male
 الجنس
 PAYER : NAS VN
 شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, R05 - Cough, J30.9 - Allergic rhinitis, 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

fever headache cold running nose dry cough 15 june 2024
 oe enlarge tonsills
 chest is congested no added sounds
 restless advised three days rest

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS

:

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

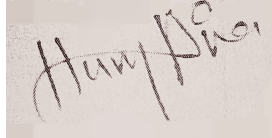
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 19/06/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

