



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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 : GYANENDRA PRATAP JENA SURESH KUMAR JENA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 20-May-1997

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 3L36-PPMM-VMVP-RVAE

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 : R19.7 - Diarrhea, unspecified, E86.0 - Dehydration, R10.13 - Epigastric pain, 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

co diarrhea fever on and off abdominal pain eating junk food yesterday 18 june 2024

oe

epigastric pain

chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

CPT Code	Treatment	Type
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
REMARKS :	Enter Remarks	
الملاحظات :		

TREATING PHYSICIAN :	Humaira		
الطبيب المعالج :	Irham Medical Center Arjan		
HOSPITAL /CLINIC :	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: 20/06/2024

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