



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	: NETHUM LAKVINDU RANATHUNGA RANATHUNGA ARACHCHCHILAGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-May-2002	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AE44-CI4C-DCD4-CDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], R51.9 - Headache, unspecified, R11.2 - Nausea with 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
	PC: FEVER
	SORETHROAT
	HEADACHE
	VOMITING

CLINICAL FINDINGS	: CPT Code Treatment Type
	0005-150403-1021 PREMOSAN Pharmacy
	96367 Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr Co.Pay
	9 Consultation Gp General Consultation
	96365 Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr Co.Pay
	0005-174202-0781 RISEK 40MG Pharmacy
	0195-107704-0801 CEFTRIAXONE-TABUK IV Pharmacy
	2190-106618-1001 PARAFUSIV I.V. 10MG/ML Pharmacy

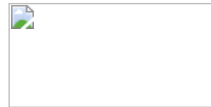
REMARKS	: Enter Remarks
---------	-----------------

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN	: AHSAN HUSSAIN		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 24/08/2024

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 الطع الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

