



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	: SALIM TAIYAB KONDEKAR TAIYAB JAUDDIN KONDEKAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 27-Apr-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: R1ML-3NMM-VMVP-RVAE	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], R10.13 - Epigastric pain, R51.9 - Headache, unspecified, R05 - Cough, M62.830 - Muscle spasm of back

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

PC: FEVER FOR 1 DAY
BODY PAIN
SORETHROAT
COUGH
FLU
COLD
EPIGASTRIC PAIN

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
H21-4630-04167-01	RISEK	Co.PAY
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0105-103701-0001	CEFTIBIAXONE TABLETS	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :** Enter CONSULTATION FEES

الملحظات : Enter Remarks

الطبيب المعالج : AHSAN HUSSAIN

المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب


**DATE:** 21/09/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

