



## 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  | : SHEILA VERYNA SHEILA VERYNA |              |          |
| اسم المريض    |                               |              |          |
| DATE OF BIRTH | : 11-Dec-2000                 | GENDER       | : Female |
| تاريخ الميلاد |                               | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : GKI-K-8IE2-C2CJ-FCDE        | 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], K59.00 - Constipation, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 والحالات المتعلقة بالمومة)

|               |                                                |
|---------------|------------------------------------------------|
| SYMPTOMS      | : Complaint                                    |
| العرض المرضية | PC: FEVER<br>FLU<br>RUNNY NOSE<br>CONSTIPATION |

|                     |                  |                                                 |                      |
|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|                     | 0005-150403-1021 | PREMOSAN                                        | Pharmacy             |
|                     | 9                | Consultation Gp                                 | General Consultation |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay               |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
| النتائج السريرية    | 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                          | Pharmacy             |
|                     | 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                  | Pharmacy             |
|                     | 0195-107704-0801 | CEFTRIAZONE-TABUK IV                            | Pharmacy             |

REMARKS : Enter Remarks  
الملحظات

|                      |                                                             |                     |                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : AHSAN HUSSAIN                                             |                     |                         |
| الطبيب المعالج       |                                                             |                     |                         |
| HOSPITAL /CLINIC     | : CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                     |                         |
| المستشفى / العيادة   |                                                             |                     |                         |
| CONSULTATION DETAILS | : <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : | Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة        | جديد المتابعة                                               | رسوم الاستشارة      |                         |

### DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 13/10/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**  
توقيع المستفيد

