



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : KULDIP SINGH LAKHA SINGH

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1982

تاريخ الميلاد

CARD NBR : LRML-3NMM-VMV1-3VAE

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 : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, M54.5 - Low back pain, R50.9 - Fever, unspecified, 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

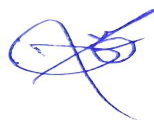
PC: FEVER 1 DAY
LOOSE MOTION 1 DAY
NAUSEA
EPIGASTRIC PAIN
WEAKNESS

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0384-207801-1002	LACTATED RINGER'S & DEXTROSE USP	Pharmacy
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy

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




DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 07/11/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

