



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	: SARTHAK RAKESH KUMAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 09-Jul-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: IE1J-IJ12-C2CE-ICDE	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], R05 - Cough, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

التشخيص

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
العرض المرضية	pc: flu 21/11/2024 fever cough

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>2190-106618-1001</td> <td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																										
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																										
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																										
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																										
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																										
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																										
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																										
النتائج السريرية																												

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 FEE

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

DATE: 22/11/2024

توقيع و ختم الطبيب

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

