



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	: TARIQ AHMAD BHAT MOHAMMAD ANWAR BHAT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: P1RT-T1MM-VMV3-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J22 - Unspecified acute lower respiratory infection, R50.9 - Fever, unspecified, R06.2 - Wheezing, R07.9 - Chest pain, 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, cough and headache.

Duration: 4days.

Previously treated at HealthHub but no relief.

Not hypertensive and not diabetic and not asthmatic and has no other significant medical history.

Smokes tobacco 6sticks per day but does not take alcohol.

Chest: harsh bronchial breath sounds.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
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
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0006-124510-0512	Ventolin [Solution For Injection - 0.5mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy

النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	0188-135906-		
	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
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: 04/12/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

