



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	:	JEHANGEER KHAN,			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Jul-1991	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	1RTL-L1MM-VMV5-5VAE	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, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, M54.5 - Low back pain, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

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

flu

cough

sore throat

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

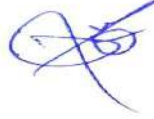
CPT Code	Treatment	Type
85025	Blood Count Complete Auto&Auto DifrnTl Wbc Count	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
96368	Iv Nfs Therapy Prophylaxis/Dx Concurrent Nfs	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
REMARKS : Enter Remarks الملحظات		
TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة		

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب


**DATE:** 07/12/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

