



## 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  | : VIVEKA MAILGA SANKAPPA LINGAPPA POOJARY |              |                |
| اسم المريض    |                                           |              |                |
| DATE OF BIRTH | : 30-May-1995                             | GENDER       | : Male         |
| تاريخ الميلاد |                                           | الجنس        |                |
| CARD NBR      | : 91AG-A24C-DCDE-GDEA                     | PAYER        | : NAS - SRN WN |
| 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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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       | : <input type="text" value="Complaint"/>                                                           |
| العراض المرضية | co fever dry cough running nose 9th dec. 2024<br>oe chest is congested no added sounds<br>restless |

| CLINICAL FINDINGS | CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|-------------------|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| النتائج السريرية  | 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
|                   | 96367            | Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr   | Co.Pay               |
|                   | 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               |
|                   | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
|                   | 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                           | Pharmacy             |
|                   | 0195-107704-0801 | CEFTRIAZONE-TABUK IV                             | Pharmacy             |
|                   | 86140            | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
|                   | 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |

REMARKS

:

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

: Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

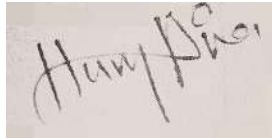
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 12/12/2024

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

