



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	: LAMBODAR BARIK MADHUSUDAN BARIK	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 12-May-1982	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: CGG4-GG4C-DCDE-4DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric pain																								
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																									
co upper abdominal region 12th dec. 2024																									
oe chest is clear no added sounds																									
restless																									
CLINICAL FINDINGS	: <table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-242802-0781</td> <td>PANTONIX 40MG I.V.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																							
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																							
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																							
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy																							
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
9	Consultation Gp	General Consultation																							
النتائج السريرية																									
REMARKS	: Enter Remarks																								
الملحظات																									

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

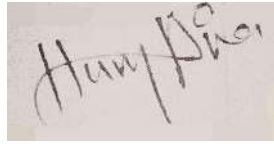
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 15/12/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

