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 اسم المريض	:	PAVAN KUMAR PREM SINGH			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	10-Jul-2004	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	E2A4-2I4C-DCD1-4DEA	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

CASE INFORMATION نوع الحالة : ☐ **ACUTE** حادة ☐ **CHRONIC** مزمنة ☐ **PRE-EXISTING** موجودة مسبقا ☐ **INJURY** إصابة

DIAGNOSIS التشخيص : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : SANDIA

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS نوع الستشارة : ○ **New** جديد ○ **Follow Up** المتابعة **CONSULTATION FEES :** رسوم الستشارة *Enter CONSULTATION FEES*

Dr. Sandia Bhojwani
General Practitioner
DHA No: 65900212-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP **DATE:** 19/01/2025

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد