



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

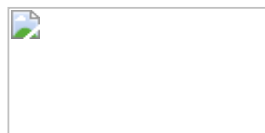
PATIENT NAME	:	SUJATHA POTHERA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	14-Dec-1975	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	JFMH-N33F-LFL6-2LED	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

DIAGNOSIS	:	R42 - Dizziness and giddiness, R11.2 - Nausea with vomiting, 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												
العرض المرضية		PC dizziness,whirling sensation,vomiting HOPC pt presented with complaints of dizziness,whirling sensation since 2 days No history of drug allergy Nil comorbs												
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-150403-1021</td> <td>PREMOSAN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay												
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملحظات														

TREATING PHYSICIAN	:	KEERTHANA
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	:	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة		

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara
General Practitioner
License No.: 37864046-001
مركز سينيكير الطبي ذم م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DATE: 17/07/2025

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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

