



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 : SAMRAWIT TESHOME DEBELE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 11-Sep-1994
تاريخ الميلاد
GENDER : Female
الجنس
CARD NBR : JN62-M33F-LFLK-3LED
رقم البطاقة
PAYER : NAS VN
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : B35.4 - Tinea corporis, L29.9 - Pruritus, 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

العراض المرضية

PC itching left arm and in between breast
HOPC pt presented with complaints of itching in between breast and left arm since 5 days
O\E Tinea lesions present
No history of drug allergy

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : KEERTHANA

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



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

DATE: 20/07/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

