



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	: MANOHAR LAL BHARTI CHANDRAJIT PRASAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 07-Jan-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: M2M2-363F-LFLJ-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R06.7 - Sneezing, E78.01 - Familial hypercholesterolemia, R50.9 - Fever, 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 : CONTINUOUS SNEEZING																																	
	PT HAS CONTINUOUS SNEEZING STARTED THIS MORNING																																	
	ALLERGIES : DUST																																	
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>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>80061</td><td>Lipid Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>82785</td><td>Gammaglobulin Ige</td><td>Lab</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	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	80061	Lipid Panel	Lab	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	82785	Gammaglobulin Ige	Lab
CPT Code	Treatment	Type																																
9	Consultation Gp	General Consultation																																
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																
80061	Lipid Panel	Lab																																
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																																
86140	C-Reactive Protein	Lab																																
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																
82785	Gammaglobulin Ige	Lab																																
النتائج السريرية																																		
REMARKS	: Enter Remarks																																	
الملاحظات																																		

TREATING PHYSICIAN	: AISHA
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

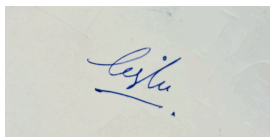
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 29/07/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

