



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	:	KULDIP SINGH LAKHA SINGH		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1982	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	LRML-3NMM-VMV1-3VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, R51.9 - Headache, 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 : fever , throat pain , runny nose hopc : pt came with the complain of fever ,throat pain along with fever body pain and runny nose started today morning o/e thraot is mild hyperemic ,chest is clear		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
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 و ختم الطبيب



DATE: 07/08/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

