



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 : MOUNA HANNAN RAMDANI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 28-Aug-1997

تاريخ الميلاد

CARD NBR : NNNM-N1MM-VMV1-NVAE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R05 - Cough, J45.991 - Cough variant asthma, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R00.2 - Palpitations, R07.9 - Chest pain, unspecified, E34.9 - Endocrine disorder, unspecified, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified

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

c/o cough ad throat pain for 3 weeks

off and on cough for 8 months

Pain in chest while coughing

Dizziness, palpitation,

Incomplete evacuation of blader with hesitancy

O/E throat congested

Chest B/L air entry equal

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
81015	Urinalysis Microscopic Only	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone (Tsh)	Lab
85027	Blood Count; Complete (Cbc), Automated (Hgb, Hct, Rbc, Wbc And Platelet Count)	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaullah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: Irham Medical Center Arjan

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: 26/10/2023

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

