



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	:	MIKITA BARTASHEVICH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	10-Apr-2003	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	LPTM-13LM-VMVP-NVAE	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, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough

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

High fever and severe cough and sneezing since 28/10/2023 sweating and chills and severe whole body pain also there

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIr/Ippb	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAZONE-TABUK IM	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

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

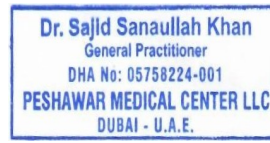
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 30/10/2023

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

