



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	:	HASSAN ADNAN NAZZAL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	22-Jan-1995	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	44CR-R44C-DCDR-GDEA	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

DIAGNOSIS	:	J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, 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		high fever and severe sore throat and cough since 25/10/2023																											
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>0006-124513-2071</td> <td>VENTOLIN NEBULES</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94664</td> <td>Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIr/Ippb</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0802</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IM</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy	0188-135906-2441	PULMICORT	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	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																											
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																											
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy																											
0188-135906-2441	PULMICORT	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	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy																											
النتائج السريرية																													
REMARKS	:	Enter Remarks																											
الملاحظات																													

TREATING PHYSICIAN	:	Sajid Sanaullah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	Irham Medical Center Arjan
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES
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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

