



## 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 : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس          |
| CARD NBR      | : | 44CR-R44C-DCDR-GDEA | 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

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 :

النتائج السريرية

| 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             |

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: 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 صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

