



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 : VED MANISHKUMAR VAZA MANISHKUMAR KARABHAI VAZA
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 15-Jul-2023
 تاريخ الميلاد
 CARD NBR : 1GRG-G44C-DCD1-1DEA
 رقم البطاقة
 GENDER : Male
 الجنس
 PAYER : NAS VN
 شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R06.2 - Wheezing, J21.9 - Acute bronchiolitis, 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 sneezing and cough since yesterday 6/11/2023
 restlessness since today

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	10	Consultation Specialist	General Consultation
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhler/Ippb	Co. Pay

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Mohammadmahdi

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

Dr. Mohammadmahdi Ghodstehrani
 Specialist Neonatology
 DHA No: 00045407-001
 PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
 DUBAI - U.A.E.

DATE: 07/11/2023

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

