



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	: AREEBA AFTAB MUHAMMAD ALI FAROOQ	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 19-Mar-1999	GENDER : Female
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: P5PR-LPMM-VMV1-PVAE	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, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, H66.005 - Ac suppr otitis media w/o spon rupt ear drum, recur, l ear

التشخيص

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 :

العراض المرضية

Severe cough and sore throat and ear pain started two days on 14/11/2023

severe body pain also exists

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

REMARKS :

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanallah

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: 16/11/2023

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

