



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 : ABDULLAH ALI
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 08-Feb-2023
تاريخ الميلاد
CARD NBR : GGA4-EA4C-DCD9-4DEA
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 : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, H66.004 - Ac suppr otitis media w/o spon rupt ear drum, recur, r ear, R06.2 - Wheezing, 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
العراض المرضية
High fever and severe cough and severe infection in right ear and severe wheezing and nose block started since 10/11/2023

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

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Mohammadmahdi

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES :

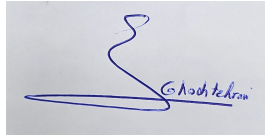
نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

