



## 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 : MUSHTAQ HUSSAIN ALI GHULAM  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 06-Sep-1967  
تاريخ الميلاد  
GENDER : Male  
الجنس  
CARD NBR : 16ML-3NMM-VMVP-TVAE  
رقم البطاقة  
PAYER : NAS VN  
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : H66.017 - Ac suppr otitis media w spon rupt ear drum, recur, unsp ear, H60.513 - Acute actinic otitis externa, bilateral

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  
العرض المرضية  
ear discharge from 15/11/2023  
bilateral ear- otitis externa with otitis media with purulent discharge from 10 days ago. 9/11/2023

| CPT Code         | Treatment                                     | Type                 |
|------------------|-----------------------------------------------|----------------------|
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                | Pharmacy             |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im | Co.Pay               |
| 0195-107704-0802 | CEFTRIAZONE-TABUK IM                          | Pharmacy             |
| 9                | Consultation Gp                               | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks  
الملاحظات

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 و ختم الطبيب



DATE: 19/11/2023

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**  
توقيع المستفيد

