



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	: Farah Muhammad Hussein AL MUKDAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 19-Jun-2023	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 99G9-G44C-DCD9-IDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R05 - Cough, E86.0 - Dehydration, R19.7 - Diarrhea, 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

SEVERE COUGH AND DIARRHEA STARTED TWO DAYS BACK ON 27/11/2023

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
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
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIr/Ippb	Co.Pay
87045	Cul Bact Stool Aerobic Isol Salmonella&Shigella	Lab
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation

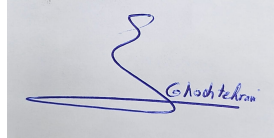
REMARKS : Enter Remarks

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	Enter CONSULTATION FEES
		رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 30/11/2023

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

