



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	:	KULDIP SINGH LAKHA SINGH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1982	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	LRML-3NMM-VMV1-3VAE	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, R06.03 - Acute respiratory distress, R07.1 - Chest pain on breathing

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 wheezing and respiratory difficulty since last three days 4/12/2023 started
severe sore throat and body pain

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/InhIrr/Ippb	Co.Pay
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN	:	Sajid Sanaulah	
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



DATE: 07/12/2023

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

