



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	:	OKSANA KORSHYNSKA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	26-Oct-1994	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	35TN-M1MM-VMVP-RVAE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : R42 - Dizziness and giddiness, J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, R09.81 - Nasal congestion

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 :

Complaint

العراض المرضية

Severe sore throat and body pain and cough since three days started 9/12/2023

severe dizziness started 12/12/2023 and nasal block

SEVERE HEADACHE AND DIZZINES INCREASED

CLINICAL FINDINGS :

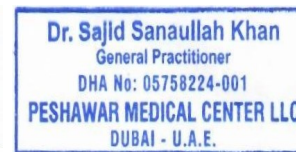
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Subst/Drug	Co.Pay
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
80061	Lipid Panel	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
94664	Demo&/Eval Of Pt Utiliz Aersl Gen/Neb/Inhlnr/lppb	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy

REMARKS :	<i>Enter Remarks</i>		
الملاحظات :			
TREATING PHYSICIAN :	Sajid Sanaullah		
الطبيب المعالج :			
HOSPITAL /CLINIC :	Irham Medical Center Arjan		
المستشفى / العيادة :			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : <i>Enter CONSULTATION FEE</i> رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 14/12/2023

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

