



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	: JOSHICA MANJUNATH MANJUNATH PRASANNA HOOVINA NANJAPPA	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 25-Apr-2000	GENDER : Female
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: 3MLM-NRLM-VMVR-NVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : M79.10 - Myalgia, unspecified site, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified, J01.80 - Other acute sinusitis

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

WITHOUT FEVER

العراض المرضية

FEVER WITH CHILLS

all muscular pain

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
82540	Creatine	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0006-124513-2071	VENTOLIN NEBULES	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy

REMARKS :

Enter Remarks

الملحظات

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 وختم الطبيب



DATE: 17/12/2023

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

