



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	: MUHAMMAD ZEESHAN MALIK MUHAMMAD BANARAS		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 29-Jul-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: T3ML-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	: R05 - Cough, J01.20 - Acute ethmoidal sinusitis, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, 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	: <table> <tr> <td>Complaint</td> </tr> <tr> <td>allergy</td> </tr> <tr> <td>ACUTE SINUSITIS</td> </tr> <tr> <td>dry and wet cough</td> </tr> </table>	Complaint	allergy	ACUTE SINUSITIS	dry and wet cough
Complaint					
allergy					
ACUTE SINUSITIS					
dry and wet cough					
العراض المرضية					

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaullah
الطبيب المعالج

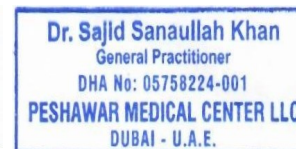
HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة جديد المتابعة

CONSULTATION FEES :
رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 26/12/2023

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

