



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	:	NAZHA BOUMOUR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	18-Sep-1985	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	6P63-RMMM-VMVP-NVAE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

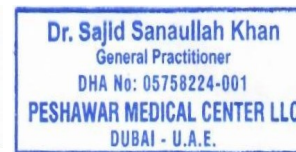
DIAGNOSIS	:	R10.9 - Unspecified abdominal pain, K29.70 - Gastritis, unspecified, without bleeding, R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.31 - Right lower quadrant pain
التشخيص		
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology
لمسببات المرضية		
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)		
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)		
SYMPTOMS	:	Complaint
العراض المرضية		gastric pain
		Fever chills, diarrhea
		vomiting

Complaint		
CLINICAL FINDINGS :	pain around umbilic and also pain in area of stomach	
	CPT Code	Treatment
	76857	Us Pelvic Nonobstetric Image Dcmtn Limited/F/U
	86140	C-Reactive Protein
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated
	84520	Urea Nitrogen Quantitative
	82565	Creatinine Blood
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count
9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS :	Enter Remarks	
الملاحظات		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 30/12/2023

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

