



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	: J01.90 - Acute sinusitis, unspecified, R07.0 - Pain in throat, R05 - Cough, J02.9 - Acute pharyngitis, 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	: Complaint		
العراض المرضية	ACUTE SINUSITIS		
	dry and wet cough		
CLINICAL FINDINGS	:		
	CPT Code	Treatment	Type
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
الناتج السريرية			
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 FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 02/01/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

