

**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 : GEORGIA MARIA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 21-Nov-2003

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 91RG-AI4C-DCD2-9DEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], J30.1 - Allergic rhinitis due to pollen

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

Nasal congestion and nasal discharge, with pain in throat.

Also has pain in the one side of her face at the maxillary region.

Also cough with congested throat.

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

9 Consultation Gp General Consultation

85025 Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count Lab

0005-111805-1021 CHLOROHISTOL 10MG Pharmacy

96375 Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug Co.Pay

96372 Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im Co.Pay

0005-149902-1021 CLOFEN Pharmacy

0125-122107-1022 DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE Pharmacy

0195-107704-0801 CEFTRIAXONE-TABUK IV Pharmacy

96365 Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr Co.Pay

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: 30/01/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

