



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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

IT INFORMATION

بيانات

NT NAME	: ROHAN KHAN SHAFIQ KHAN		
اسم المريض			
OF BIRTH	: 19-Apr-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
NBR	: 6TST-3LMM-VMVN-TVAE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم المريض		شركة التأمين	

INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R05 - Cough, R07.0 - Pain in throat, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص : Enter Aetiology

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصدمات والحالات المتعلقة بالموماة)

SYMPTOMS : Complaint

الاعراض : c/o sore throat, fever and cough since 3 days

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1st Sbst/Drug	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab

REMARKS : Enter Remarks

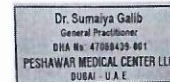
EATING PHYSICIAN	: Sumaiya
الطبيب المعالج	
HOSPITAL / CLINIC	: Irham Medical Center Arjan
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

التوقيع



DATE: 25/05/2023

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 صورة عن هذا التفويض تعتبر كاصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

التوقيع