



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : HAMNA SHOUKAT SHOUKAT ALI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 27-May-2002

تاريخ الميلاد

CARD NBR : F8JF-I8E2-C2C1-1CDE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS - RN,RN+

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : Z3A.10 - 10 weeks gestation of pregnancy, R33.9 - Retention of urine, unspecified, E03.9 - Hypothyroidism, 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

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
86705	Hepatitis B Core Antibody Hbcab Igm Antibody	Lab
86689	Antibody Htlv/Hiv Antibody Confirmatory Test	Lab
86593	Syphilis Test Quantitative	Lab
87086	Culture Bacterial Quanttative Colony Count Urine	Lab
82728	Ferritin	Lab
85027	Blood Count Complete Automated	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
86910	Blood Typing Paternity Pr Indiv Abo Rh&Mn	Lab
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
10	Consultation Specialist	General Consultation

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : MOHAMMED M HAMED

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 28/09/2024

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 صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

