

**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	:	HAMNA SHOUKAT SHOUKAT ALI	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	27-May-2002	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	F8JF-I8E2-C2C1-1CDE	PAYER : NAS - RN,R
رقم البطاقة			ببركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	Z3A.01 - Less than 8 weeks gestation of pregnancy, 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	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		76830	Ultrasound Transvaginal	Radi
		76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radi
النتائج السريرية		10.02	Specialist Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	Gene Cons
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

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: 19,

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد