



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	:	Roxanne Serena	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Oct-1996	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	9I2E-G1CC-DCD4-1DEA	PAYER
رقم البطاقة			:
			NAS - EN CN GN
			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	N92.1 - Excessive and frequent menstruation with irregular cycle, N77.1 - Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in dis classd elswhr, Z87.410 - Personal history of cervical dysplasia		
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
		76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology
		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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		
------------------------------	--	--

DATE: 24/11/2024

توقيع و ختم الطبيب

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

