



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 ، لوصفتك 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 : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	9I2E-G1CC-DCD4-1DEA	PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			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 elswahr, Z87.410 - Personal history of cervical dysplasia

التشخيص

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 :

العراض المرضية

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	87623	IADNA HUMAN PAPILLOMAVIRUS LOW-RISK TYPES	Lab
	88141	Cytp Cervical/Vaginal Req Interp Physician	Lab
	76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology
	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
	10	Consultation Specialist	General Consultation
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	86593	Syphilis Test Quantitative	Lab
	87389	IAAD EIA HIV-1 AG W/HIV-1&HIV-2 ANTBDY SINGLE	Lab
	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
	84403	Testosterone Total	Lab
	84402	Testosterone Free	Lab

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 وختم الطبيب



DATE: 24/11/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

