



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	: NOURAN MOHAMED ABDELWAHAB EMAM SHADY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Mar-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EKIA-8AF2-C2CJ-FCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: O91.13 - Abscess of breast associated with lactation, A49.9 - Bacterial infection, 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	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>10.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A Specialist.</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	10.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A Specialist.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type					
10.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A Specialist.	General Consultation					
النتائج السريرية							
REMARKS	: Enter Remarks						
الملحظات							

TREATING PHYSICIAN	: MOHAMMED M HAMED
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	: Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	



DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 11/12/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

