



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 : AHLEM MBAREK GHARBI
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 26-May-1982 GENDER : Female
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : 494C-2C4C-DCD1-4DEA PAYER : NAS - RN,RN+
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified, T78.40XA - Allergy, unspecified, initial encounter, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

the patient come complaining of irregular bleeding for the last 3 months
 it is associated with external itching and scratching of the skin
 also there is a past history of gastric ulcer and gastritis

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	76830	Ultrasound Transvaginal	Radiology
	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
	10	Consultation Specialist	General Consultation

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**

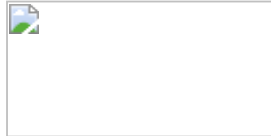
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 02/01/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد