



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: HANNAH GRACE EHAB HAMOUDA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 30-Jan-2006	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: FA21-I2E2-C2C1-JCDE	PAYER	: NAS VN
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, N94.6 - Dysmenorrhea, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)										
SYMPTOMS	: Complaint									
العراض المرضية	THE PATIENT COME COMPLAINING OF IRREGULAR UTERINE BLEEDING SINCE 2 MONTH THERE IS ALSO MENSTRUAL IRREGULARITIES SINCE 2 MONTH THEY PATIENT ALSO COMPLAINS OF MASSIVE PAIN AT THE TIME OF MENSTRUATION									
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>76705</td><td>Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited</td><td>Radiology</td></tr><tr><td>10</td><td>Consultation Specialist</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology	10	Consultation Specialist	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type								
76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology								
10	Consultation Specialist	General Consultation								
النتائج السريرية										
REMARKS	: Enter Remarks									
الملاحظات										

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 وختم الطبيب



Dr. Mohammed M Hamed Hashish
Specialist Obstetrics And Gynecology
DHA No: 75385955-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 07/05/2025

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 كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

