



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	: ADHISHR YADAV VINOD KUMAR YADAV		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Aug-1989	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: E8JK-E8E2-C2CE-FCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : Z01.812 - Encounter for preprocedural laboratory examination, A49.9 - Bacterial infection, unspecified, B37.9 - Candidiasis, 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

the patient come complaining of repeated attacks of vaginal infection with repeated discharge and fish odour smell

dysparena was a common symptom for the last month

also vaginal bleeding postcoital was a repeated complain

by abdominal ultrasound the patient shows bulky uterus with thickened endometrium with irregular endometrial outlining

by local examination there was cervical inflammation with irregular bloody spots

with transvaginal ultrasound there was irregular out lining of the cervix and multiple naphothian follicles indicating cervicitis

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS :

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr.Farhan Iyas

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

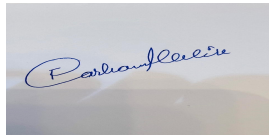
Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



Dr. Frahan Ilyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 18/05/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

