



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	CLARA FORTES		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	02-Sep-1997	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	EKEJ-MK3F-LFLJ-JLED	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, N83.291 - Other ovarian cyst, right side

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 والحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

THE PATIENT COME COMPLAINING OF IRREGULAR VAGINAL BLEEDING WITH A PAST HISTORY OF iud

BY ABDOMINAL ULTRASOUND THE UTERUS IS ENLARGED, WITH IRREGULAR ENDOMETRIAL LINING

WITH TRANSVAGINAL ULTRASOUND THE RIGHT OVARY SHOWS A SIMPLE OVARIAN CYST MEASURING 4.5 X 3.5 CM FOR FURTHER FOLLOW UP

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



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

DATE: 10/06/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

