



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 : JODY SARAH NAIDOO

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 02-Nov-1995

تاريخ الميلاد

CARD NBR : KJHN-JFJF-LFLH-HLED

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : Z3A.11 - 11 weeks gestation of pregnancy

التشخيص

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

on examination abdomen soft non tender.

PAN;

all base line test today.

iron today.

plan blood group and rh factor

blood complete picture

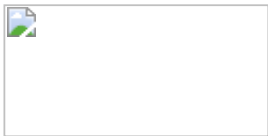
urine routine examination

blood sugar random

العراض المرضية

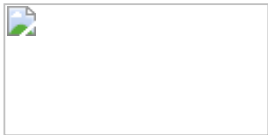
CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	Complaint		
	CPT Code	Treatment	Type
	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
	76705	Ultrasound Abdominal Real Time W/Image Limited	Radiology
	81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	99211	Consultation Specialist	General Consultation
	84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
	86689	Antibody Htlv/Hiv Antibody Confirmatory Test	Lab
	86762	Antibody Rubella	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP : توقيع وختم الطبيب			DATE: 05/07/2025 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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE : توقيع المستفيد	
---	---