



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	:	JOANNE MARIE EL HOYEK		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	11-Mar-2004	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	2NNF-NN3F-LFLH-NLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

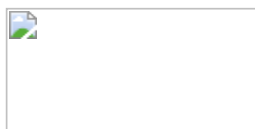
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N93.9 - Abnormal uterine and vaginal bleeding, unspecified									
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									
العرض المرضية											
patient came complaining of daily spotting not related to menstruation despite the continuous use of COC for almost 2 months											
ultrasound reveals thick irregular endometrial lining suggesting the presence of hormonal disturbance causing DUB											
no evidence of pregnancy seen intrauterine or extrauterine											
CLINICAL FINDINGS	:										
النتائج السريرية											
<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									
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 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: 04/08/2025

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

