



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	:	MA FATIMA CORROS BAGNAES		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	15-Oct-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	8FG2-JIE2-C2CG-ICDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	E28.2 - Polycystic ovarian syndrome, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications		
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		
العراض المرضية		CONTINUE TABLET METFORMIN 1000MG BD.		
		STRICT DIET AND EXERCISE.		
		AVOID JUNK FOOD.		
		BRISK WALK.		
		ON SCAN POLYCYSTIC OVARIES.		
		LMP 31ST JULY 2025		
		UNMARRIED.		
		H/O IRREGULAR MENSTRUAL CYCLE FOR 3 YEARS .		
		H/O WEIGHT GAIN AND COARSE HAIR ON UPPER LIP.		
		MOTHER IS DIABETIC.		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		10	Consultation Specialist	General Consultation
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	HUMMAIRA
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

:

☐ New

جديد

☐ Follow Up

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



DATE: 19/08/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

