



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	:	SAFA ABDELHAMID	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Aug-2000	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	N311-RRMM-VMV6-PVAE	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, R10.84 - Generalized abdominal pain

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

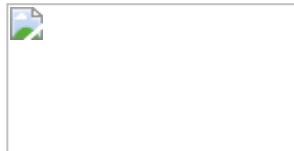
a23 years old woman with spotting

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	10	Consultation Specialist	General Consultation
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	BEHNAZ		
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	Irham Medical Center Arjan		
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEE

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Behnaz Eslami
Specialist Obstetrics And Gynecology
DHA No: 82693370-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 26/12/2023

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

