



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 : MOUNA HANNAN RAMDANI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 28-Aug-1997

تاريخ الميلاد

CARD NBR : NNNM-N1MM-VMV1-NVAE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, N83.292 - Other ovarian cyst, left side, N20.0 - Calculus of kidney

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

complains of pain in the left loin, couple of months.

history of ovarian cystectomy 6 years back. london, no summary available, but it was endometriosis.

married since 6 months.

has LT side pain

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

85027 Blood Count Complete Automated Lab

81020 Urinalysis 2/3 Glass Test Lab

10 Consultation Specialist General Consultation

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr. Hamid Esmaeilpour

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

Dr. Hamid Esmaeilpour
Specialist General Surgery
DHA No: 10991334-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 30/01/2024

توقيع وختم الطبيب

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

