



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 01 AUG 2024 TIME: 11:35am

File No: 039304

Name: Alemteshay Selemone ^{wife} Sex: Female Nationality: Ethiopia Age: 38 yrs. old

Occupation: LCB Marital Status: married

QID. No: 28523005053 Husband's / Wife's Name: Hegato Keshay

Address: al rayyan Mobile No: 66845137 Residence Phone:

Pulse	BP	Temperature	Respiratory Rate:	Weight Height	Pain Score	Head Circum (Pedia)	Nurse ID/Signature
-------	----	-------------	-------------------	---------------	------------	---------------------	--------------------

Presenting complain and duration :

Asking for tattoo removal for chin & jaw

History of Present Illness :

tattoo done since childhood

Allergies: ☐ Medication ☒ No ☐ Yes ☐ Food ☐ No ☐ Yes

Others If Yes, Specify:

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☒ No ☐ Yes If Yes SpecifyReview Of Systems: ☒ Not Significant ☐ Significant Specify:Family History: ☒ No ☐ Yes If Yes SpecifyCurrent Medications: ☒ No ☐ Yes If Yes Specify

1. 4. 7.

2. 5. 8.

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28523005053
D.O.B.: 22/08/1985
Expiry: 06/03/2025

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:



Nationality: ETHIOPIA
Occupation: عاملة منزل

المهنة:

الاسم: أليمتس ويب

Name: ALEMTSEHAY SELEMON WUBE

Passport Number: EP2658160
Passport Expiry: 20/11/2028
Serial No: 30228523005053
Residency Type: عمل

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم التسلسلي:
نوع الرخصة:
المستقدم:

Employer: مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

بفقيه مبارك سعيد الخبارين الهادري

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

ALMANS



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: Alemtsehn Selmon wubie

التاريخ: 01 AUG 2024

079704

ملف رقم:

التوقيع: 01 AUG 2024

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L.

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date: التاريخ:
Patient's name: اسم المريض:
File No.: رقم الملف:
Age: العمر:

Rx

botanic pore tightening serum
10%

صباح ومساء

d d

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523