



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 29-8-24 TIME: 17:00

File No: 039477

Name: Ali Khalid Sex: Male Nationality: Q Age: 28

Occupation: LCB Marital Status:

QID. No: 29663404473 Husband's / Wife's Name: Alvir Omay

Address: Al Garrafa Mobile No: 50342284 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :
 Ch Buring of penis & New sexual intercourse
 20 days

History of Present Illness :

not significant

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.

[illegible]



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

أدركه كادلي

اسم المريض / المريضة:



29 AUG 2024

التاريخ:

039477

ملف رقم:

التوقيع:

العنوان: منطقة 51 - شارع 983 - مبنى 15

Serial No: 4351F5033F232485

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

Barcode

Qatar Emblem

Portrait of the holder

State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID. No: 29663404473

تاريخ الميلاد: D.O.B. 29/11/1996

الجنسية: QATAR / قطري

الصلاحية: Date of expiry: 21/02/2031

الاسم: علي خالد علي احمد العنسي

Name: ALI KHALID A A ALANSI

Qatar Emblem

Portrait of the holder

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L
Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.
تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription

وصفة طبية

No

Date: _____

Patient's name: _____

File No.: _____

Age: _____

التاريخ:

إسم المريض:

رقم الملف:

العمر:

Rx

Li Fudin H clear
1000 mg b.d

Doctor's signature: _____

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