



File No.: 039256

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039256
Name: BAINA BAKHIT ALMARRI
QID No: 31163402755 Sex: Female
Mob: 33377811 ADDRESS: ALSILIYA



Age: 13y/0

Marital Status: Single

and's Name:

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Irregular period this month. / twice this month.
no further complaint - no symptoms supp.
Pco - her mother said she has night urination till now.

Medical History: medically free P.H. Tonsillectomy F.H. non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 21-4-24 L.N.M.P 12-7-24 then on
Menstrual Habits: regular - last for 4 days 20-7-24
Menstrual Symptoms: non Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 154 cm Wt. 62 Kg BMI Kg/m² Bp 110/ mm Hg

general - not pale - normal g look.
E normal 2ndary sex characteristic

Chest, C.V.S.

Abdomen:

NAD
soft

Breasts:

well developed

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not indicated (single).

Investigation Requested:

abd. u/s: A/V normal size uterus, CT
7-9 mm - normal ovaries & small follicles - no cyst
no pco picture or FFCDs.

Diagnosis:

A DUB.

Plan of Management:

mother reassured irregular period is normal in her age - no need to give hormonal therapy. only follow up
Next Appointment: + Dapfen. advised to see



Figure 1

GYNE ULTRASOUND REPORT	FILE NO:	039256	
	NAME:	BAINA BAKHIT	
	LMP:	12-7-2024	
	GRAVIDA:	PARA:	ABORTION: Single
	REASON FOR SCAN:		
	Irregular Period / 1 month		

UTERUS:

NORMAL

ENLARGED

ENDOMETRIAL LINING:

NORMAL

THICKENED

7-9 mm.

ADNEXA:

RT OVARY 2.1 CM X 18 MM X 15 MM
 LT OVARY 2.5 CM X 16 MM X 13 MM

OTHER FINDINGS:

FFCDS:

YES

NO

OVRIAN.CYST

No

SIZE

X

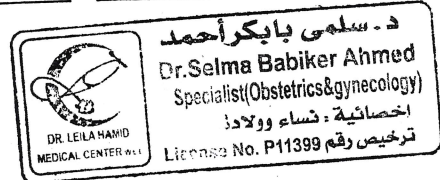
X

MM

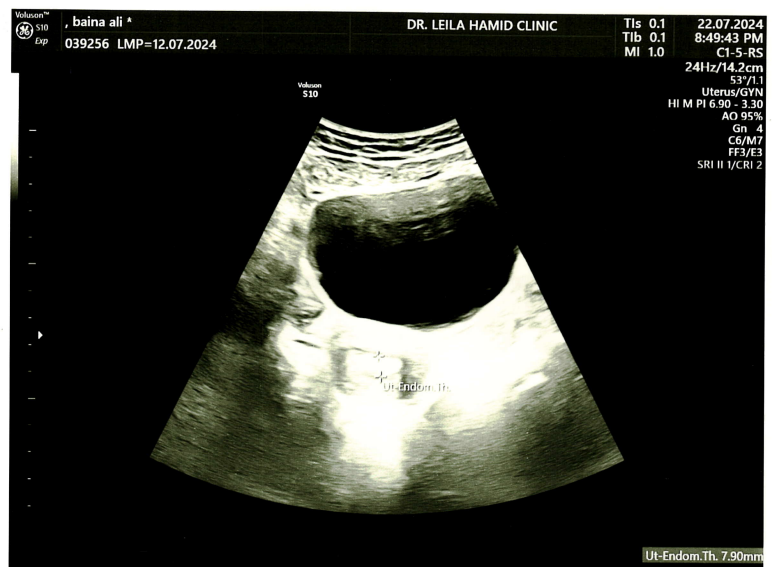
IMPRESSION:

Δ Normal US findings

DOCTOR SIGNATURE AND STAMP



22 JUL 2024





Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name بن عيسى متعب المنض الإسم الكامل

Date of Birth 2011 - 6 - 4 تاريخ الميلاد

Marital Status ☒ Single / أعزب ☐ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☐ Female / أنثى Nationality قطرية الجنسية

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 31163402755 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55188/96 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50001820 رقم الجوال

Emergency Contact Person الدب أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 50001820 رقم هاتف

Address: Building No. 72 Zone No. 55 Street No. 1215 العنوان:

رقم البناية 72 رقم المنطقة 55 رقم الشارع 1215 العنوان:

How did you hear about our Center من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ? كيف تفضل أن نناديك ؟

☒ By Name / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature خاتمة التوقيع

File Number 039256

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: سنة ربيع المنحس

التاريخ: 22-7-2024

ملف رقم: 039256

التوقيع: عائشة

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28963400251

الرقم:

D.O.B. 25/04/1989 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 08/02/2033 الصلاحية:



الإسم: عائشة جابر حمد المنخس المرى

Name: AISHA JABIR H A AL-MARRI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31163402755

الرقم:

D.O.B. 04/06/2011 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 08/02/2028 الصلاحية:



الإسم: بينه بخيت متعب المنخس المرى

Name: BAINA BAKHET M A AL-MARRI

ALKOOT GLOBAL CARD
Health Insurance Membership Card

Name : BAINA BAKHET M A ALMARRI

Alkoot ID : 11 0137 898 22 Policy No : AK/HC/00152/0/1

Company : AMIRI DIWAN

Policy Issue Date : 01/09/2022 Membership Level : Elite



* 1 1 0 1 3 7 8 9 8 2 2 *

منطقة 55 - شارع 1215 - مبنى 72

العنوان:

Serial No: 11321305195BA127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



CONTACT Us
Toll free 800 2200 4222
Email: customer@alkoot.com

healix
INTERNATIONAL

علوب ميد
GlobeMed

VIDAL HEALTH

mso
medical services organisation
healthcare risk managers

Prime Health
Private Health for Medical Services
مستشفى الصحة الخاصة

AA INTERNATIONAL
INDONESIA

MEDIGO

indus health

PREMIER HEALTHCARE
Germany

AXA

Paramount Health
Your life in good hands

Disclaimer: This card is property of Al Koot Insurance & Reinsurance Company. The card is non transferrable and usage of the card is governed by policy terms & conditions under which it is issued. This card is valid at all Provider facilities empanelled by Al Koot and its Partners for availing discounted prices for your treatment. The validity of the card is subject to continued Renewal of the policy. It is used only for identification purpose and not as an authorization to proceed with the treatment or as any guarantee of payment.

منطقة 55 - شارع 1215 - مبنى 72

العنوان:

Serial No: 113213057E5AA127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



عائشة

الصله
الأم

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، سنة رجب، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلى حامد الطبي في حال تم رفض التأمين تغطية تكاليف الزيارة. وعليه فقد توضح لي التزام دفع المبلغ كامل وقدره ريال قطري كضمان في حال رفضت شركة التأمين التغطية. كما أقر المركز إعادة المبلغ المستحق في حال وافقت شركة التأمين على تغطية التكاليف.

اسم المريضة: سنة
رقم الملف: 039256
رقم الجوال: 55088196
التاريخ: 22.07.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: عائشة

الاسم: عائشة حابر امريش

Subject: Insurance Payment Agreement

I, _____, signed below confirm that I understand that I am obligated to pay the amount of _____ QAR as deposit to cover the cost of my visit should my insurance claim be rejected. If the claim is approved, Dr. Leila H. Medical Center will return the full amount approved by the insurance company.

Patient's name: _____

File number: _____

Mobile no.: _____

Date: _____

Payment details: Copy of receipt attached

Signature: _____

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ - جوال: ٥٥٨٦٨٥٢٣ / ٥٥٣٤١٤٧٤ شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠ / ٨٢
Tel.: 44817652 - Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474 - Al Salam Street - Muaitheer North Villa No. 80 / 82
E-mail: dr.leilamedcenter@gmail.com

PRE-APPROVAL / DIRECT BILLING CLAIM FORM

Provider Name : DR LEILA HAMID MEDICAL
Provider License No. : 1122
Contact No. : 044817651

Provider Location : Muaither 53
FAX No. :

Patient Name : BAINA BAKHET M A ALMARRI
Al Koot ID No.: 11013789822
Date of Birth : 04-06-2011
Policy Holder Name : AK/HC/00152/1/1

Qatar ID : 31163402755
Gender : ☐ Male ☒ Female
Company Name : AMIRI DIWAN

Name of the Treating Doctor : Dr. Selma Babiker License No. : P11399

Benefit Type : ☐ OP ☐ IP ☐ Day Care ☐ Maternity ☐ Dental ☐ Optical

Date of Admission/Treatment : 22-07-24 Date of Discharge (for IP):

Details of Presenting Complaints (also provide any relevant past history with duration):

Irregular period / this month.

Diagnosis: U/S

A DUB

Treatment Type : ☐ Emergency ☐ Elective Date of First Consultation :

Nature of Conception : ☐ Natural ☐ Assisted Date of LMP: 12-7-24.

Treatment Details (please provide internal codes also): Total Requested Amount (QAR):

- Daflon tabs 500mg
م. ٢٢٢٢ ٢٢٢٢ ٢٢٢٢ ٢٢٢٢

Declaration:

I hereby authorize any Medical providers to give access and provide AlKoot Insurance or any of AlKoot affiliates with all my or my family health records including copies with no exception regardless of the previous Payer/insurer. I agree that a copy of this consent shall have the validity of original.

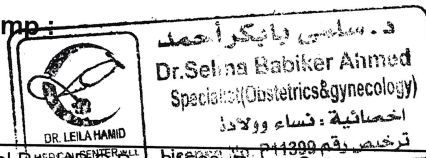
55088/96

Patient's Signature with Date : /

٢٢/٧/٢٤

We hereby declare that the information furnished in this PreApproval request form is true & correct to the best of our knowledge. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim shall be forfeited.

Treating Doctor Signature with Stamp:



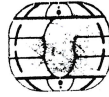
Al Koot Insurance & Reinsurance Company (Licensed by the Qatar Central Bank) P.O Box 24563, Doha - Qatar.

For any further clarifications or complaints procedure guide, please use the below contact details
Call: (+974) 800 2000; Email: customercare@alkoot-medical.com; Website: www.alkoot.com.qa

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28963400251

الرقم:

D.O.B. 25/04/1989

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 08/02/2033

الصلاحية:



الإسم: عائشة جابر حمد المنخس المري

Name: AISHA JABIR H A AL-MARRI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31163402755

الرقم:

D.O.B. 04/06/2011

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 08/02/2028

الصلاحية:



الإسم: بينة بخيث متعب المنخس المري

Name: BAINA BAKHETH M A AL-MARRI



Name

: BAINA BAKHETH M A ALMARRI

Alkoot ID

: 11 0137 898 22

Policy No: AK/HC/00152/0/1

Company

: AMRI DIWAN

Policy Issue Date

: 01/09/2022

Membership Level: Elite



* 1 1 0 1 3 7 8 9 8 2 2 *

منطقة 55 - شارع 1215 - مبنى 72

العنوان:

Serial No:

11321305195BA127

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



This card is valid only for the purpose of insurance & reinsurance company. The card is non transferrable and usage of the card is subject to the policy terms & conditions under which it is issued. This card is valid at all Provider facilities empanelled by Al Koot and its subsidiaries. The card is not valid for payment for your treatment. The validity of the card is subject to continued Renewal of the policy. It is used only for the purpose of insurance and not as an authorization to proceed with the treatment or as any guarantee of payment.

منطقة 55 - شارع 1215 - مبنى 72

العنوان:

Serial No:

113213057E5AA127

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



عائشة

الصله
الأم

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 ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

Nº

22 JUL 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: BAINA AL- اسم المريض:

File No.: 039256 رقم الملف:

Age: 13 yrs A DUB العمر:

Rx

- Daflon tabs 500mg

٥٠٠ م.ج. ٥ حبات
[ليس "أسترو"]

Doctor's signature:



د. سلمى بابكر أحمد
Dr. Selma Babiker Ahmed
Specialist (Obstetrics & Gynecology)
إخصائية: نساء وولادة
ترخيص رقم P11399 License No.

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