



File No.: 039080

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039080
Name: MAI HAMAD ALFAHIDA
QID No: 30363403589 Sex: Female
Mob: 50978885 ADDRESS: ALSILYA



Age: 20yrs
Marital Status: Single
s Name: _____
one: _____ Residence Phone: _____

SYMPTOMS:

- she want's to delay her period of July because she will marry.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. FC+TN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P. 20-6-24
Menstrual Habits: irregular - last for 2 days every month.
Menstrual Symptoms: nausea & vomiting. Menopause: _____
Parity: P Abortion Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 159 cm Wt. 60.3 Kg BMI Kg/m² Bp 100/70 mm Hg
normal ♀ look, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Δ want's to delay her period of July.

Plan of Management:

Reassured. tt given.

Next Appointment:



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

New Patient Registration Form

Full Name ص. محمد حسن الفهد الإسم الكامل

Date of Birth 15-8-2003 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation طالبة المهنة

I.D Number 30363403589 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 50978885 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55478765 أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 55478765 رقم هاتف

Address: Building No. ☐ Zone No. ☐ Street No. ☐ العنوان:

رقم البناية ☐ رقم المنطقة ☐ رقم الشارع ☐ 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 [Signature] التوقيع

File Number 039080



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: هي محمد الحسن الطهيرة

التاريخ: 22-6-2024

ملف رقم: 039 080

التوقيع:

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363403589

الرقم:

D.O.B. 15/08/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

18/08/2031

الصلاحية:



الإسم: مى حمد محمد الحسن الفهيدة

Name: MAI HAMAD M A AL-FAHIDA

ALKOOT GLOBAL CARE
Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الكوت للتأمين وإعادة التأمين

Name : MAIA AL FAHIDA

Alkoot ID

: 11 0112 763 28

Policy No : AK/HK/00141/0/5

Company

: QATAR POST

Policy Issue Date

: 01/05/2022

Membership Level : Elite



منطقة 55 - شارع 1088 - مبنى 13

Serial No:

4354A30F0C16247E

العنوان:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



اتصل بنا : CONTACT US
Toll free: 800 2000 الرقم المجاني: Outside Qatar: +974 40402000 خارج قطر
Email: customercare@alkoot-medical.com البريد الإلكتروني:

healix
INTERNATIONAL

علوب ميد
GlobeMed

VIDAL HEALTH

mso
medical services organization
healthcare risk managers

Prime Health
Prime Health for Medical Services
بريم هيلث للخدمات الطبية المتخصصة

AA INTERNATIONAL
INDONESIA

MEDIGO

indus health



PREMIER HEALTHCARE
Germany



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.

ALKOOT GLOBAL CARE

Health Insurance Membership

AlKoot
INSURANCE & REINSURANCE
الخوت للتأمين وإعادة التأمين

Name : MAIA AL FAHIDA

Alkoot ID

: 11 0112 763 28

Policy No : AK/HC/00141/0/5

Company

: QATAR POST

Policy Issue Date

: 01/05/2022

Membership Level : Elite

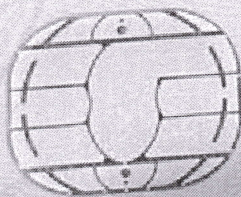


* 1 1 0 1 1 2 7 6 3 2 8 *

State of Qatar ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363403589

الرقم:

D.O.B. 15/08/2003 تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry:

18/08/2031

الصلاحية:



إسم: مى حمد محمد الحسن الفهيد

Name: MAI HAMAD M A AL-FAHIDA

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE WLL



مركز د. ليلى حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، صالح جريح الحسنة، 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: صالح جريح الحسنة

رقم الملف: 639080

رقم الجوال: 50978855

التاريخ: 22-06-24

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع:

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: _____