



File No.: 039372

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039372

Name: MAWDA ABDULLA AMER

QID No: 28373601241

Mob: 66488522

Sex: Female

ADDRESS: ALWAKRA



Age: 40 yrs

Marital Status: 19 yrs

band's Name: Mohammed Abdulmajeed Saliman

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

C/O ↑ wt + intermittent

has insulin resistance 6.3
has Backache + pelvic pain 2 dts

Medical History: ~~Chenaphage~~ allergy

P.H. (2) C/S

F.H. HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity: P 4

Abortion 2

Ectopic

Menopause:

LCB 4 yr

♀ 2

♂ 2

2 NVD

EXAMINATION

General Examination: Ht. 168 cm

Wt. 102.3 Kg

BMI

Kg/m² Bp

120/80 mm Hg

Looks well

not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen:

/ NAD

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

/ Not examined

Investigation Requested:

Diagnosis:

↑ hemoglobin + insulin resistance

Plan of Management:

↓ wt

Next Appointment:



Date 12 / 8 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name مودة عليا عمار الإسم الكامل

Date of Birth 11/11/1989 تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality سودانية الجنسية

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 28373601241 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 66488522 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77784840 رقم الجوال

Emergency Contact Person عناسل محمد علي عمار أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 77784840 رقم هاتف

Address: Building No. 714 Zone No. 91 Street No. 220 العنوان:
رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع

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 039372



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: سودة علاءه عمار عامر

التاريخ: ١٨/١٢/٢٠١٤



ملف رقم: 039372

التوقيع: م.ع.م

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID No: 283.73601241

الرقم الشخصي:

D.O.B: 15/11/1983

تاريخ الميلاد:

Expiry: 11/09/2027

الصلاحية:

سودانية

الجنسية:

Nationality

SUDAN

Occupation

ربة منزل

المهنة:



الإسم: موده عبدالله عماره عامر

Name: MAWADA AMER

Passport Number: P10220259

رقم جواز السفر:

Passport Expiry: 05/12/2032

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No: 31028373601241

الرقم المسلسل:

Residency Type: عائلية

نوع الرخصة:

Employer: محمد عبدالمجيد سليمان محمد

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات

توقيع حامل البطاقة

General Director of the General
Directorate of Passports

Holder's signature



Alkoot GLOBAL CARE
Insurance Membership

Name: MAWADA AMER

Alkoot ID: 11 0154 736 02 Policy No: AK/HC/

Company: QATAR PETROCHEMICAL COMPANY

Policy Issue Date: 01/12/2022 Membership:

Alkoot
INSURANCE & REINSURANCE
التأمين والتأمين وإعادة التأمين

* 1 1 0 1 5 4 7 9 8 0 2 *

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

healix INTERNATIONAL
GlobeMed
MDAL HEALTH
mso MEDICAL SERVICE ORGANIZATION
Prime Health Private Health for Medical Services
AA INTERNATIONAL INDONESIA
MEDIGO
indus health
PREMIER HEALTHCARE Germany
AXA
Paramount Health

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.



الموضوع/ اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، مودعة عبد الله، الموقع 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: مودعة عبد الله
رقم الملف: 030372
رقم الجوال: 66488522
التاريخ: 12.08.24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

مودعة 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: _____