

First marriage
for Bah



Husband
- Saljer
- Medically Free
- Smoker

File No.: 079753

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039753
Name: MUNERA MOHAMED ALMARR
QID No: 29463404707 Sex: Female
Mob: 66637666 ADDRESS: MUITHER

Age: 29 y.o.
Marital Status: 6 months
me: Ali Zaed Al marni 27 y.o.
Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Came for check up as married for 6 months
But she assume still virgin

Medical History: NM P.H. Nasal septum surgery F.H. NM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 y.s L.N.M.P. 29.9.24
Menstrual Habits: Regular every month - 6 days
Menstrual Symptoms: NM Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 74.6 Kg BMI Kg/m² Bp 120/70 mm Hg
well - compensating

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD

Breasts: NAD

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: ? Vaginismus

Plan of Management: Reassurance & counseling - Different position for intimate relation. Local anesthetic TAPAL

Next Appointment:

* Inspection only in presence of attending nurse - Hymen completely perforated - old posterior Forchette well healed tear.



QLM Life & Medical Insurance Company Q.P.S.C.
Pre-Approval Confirmation Receipt

Pre-Approval Code	: 24090752457-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 09/10/2024 14:28	Approval Date	: 09/10/2024 14:28
Insured Name	: MONERA MOHD AL-MARRI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: Qatar Energy	Medical Record No	:
Policy No	: P2109000180-R2	Member Id	: MEM21245736
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 09/10/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Vaginismus	Present Illness Dur.	: 6 MONTHS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR SALWA ELGALY MUSA
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	: 0%
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 29 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: NON		
About Present Illness	: C/O PAINFULL SEX WANTS TO CHECK HER VIRGINITY		
Request. Line Of Mgmt.	:		
Approval Remarks	:		

Treat/Drug Code	Treatment/Drug Desc (Reject/Approval Remarks) (Tooth Number)	Quantity	Est.Amt	Appr.Amt	Additional Copay	Status
II1	Gynaecology Consultation()	1	110.00	110.00	NA	Registered

Total Estimated Amount : 110.00
Total Approved Amount : 110.00
Print Date : 09/10/2024 14:28

Note : This is a system generated receipt, signature is not required

Pre-Approval Validity is 21 Days from approval date or until Policy expiry Date whichever comes first.
Prices are approved subject to the agreed price list, contract terms, policy conditions and exclusions.

Claim has to be submitted within 60 days from the date of service.

N.B. Approved Investigations listed above subjected to abnormality of preliminary investigation results
Services rendered are subject to policy terms and conditions.



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

New Patient Registration Form

Full Name Munera Mohamed AlMarri الاسم الكامل

Date of Birth 1911111994 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 29463404707 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 666 32666 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 4 Zone No. 51 Street No. 583 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 Munera التوقيع

File Number 039753



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.

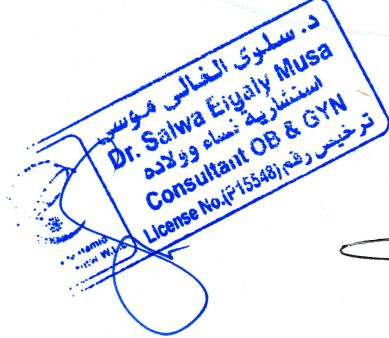
اسم المريض / المريضة: Muneera Al Marri

التاريخ: 9-10-24

ملف رقم: 639753

التوقيع:

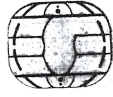
Muneera



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463404707

الرقم:

D.O.B. 19/11/1994 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 24/10/2033 الصلاحية:



الإسم: منيره محمد سالم ال عذيه المرى

Name: MUNEERA MOHAMED S A AL-MURRI

منطقة 51 - شارع 583 - مبنى 4

العنوان:

113113075B49A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، Muneera AlMarri، 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: Muneera AlMarri
رقم الملف: 039753
رقم الجوال: 66637666
التاريخ: 09. 10. 24
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

Munfer 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: _____