

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م

OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 13 OCT 2024 TIME: 16:25

File No: 039785

Name: Noorashw Sex: Female Nationality: Q Age: 27

Occupation: LCB Marital Status: Married

QID. No: 29763400313 Husband's / Wife's Name:

Address: Abu nathle Mobile No: 5622287 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

History of Present Illness :

Allergies: ☐ Medication ☐ No ☐ Yes ☐ Food ☐ No ☐ Yes

Others If Yes, Specify :

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

Review Of Systems: ☐ Not Significant ☐ Significant Specify:

Family History: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

Current Medications: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

1. 4. 7.

2. 5. 8.

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:

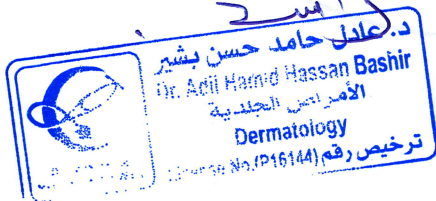
سورة

التاريخ:

13 OCT 2024

ملف رقم: 039785

التوقيع: 



State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID. No: 29763400313

تاريخ الميلاد: D.O.B. 01/02/1997

الجنسية: QATAR / قطرية

الصلاحية: Date of expiry: 07/10/2034

الإسم: نوره راشد محمد المنخس المري

Name: NOORA RASHID M A AL-MARRI



العنوان: منطقة 81 - شارع 456 - مبنى 27

الرقم المسلسل: Serial No: 111012054473A127

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

الرقم المسلسل: 111012054473A127

