

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28668200787

الرقم:

D.O.B. 15/01/1986

تاريخ الميلاد:

Nationality:

SAUDI

/

سعودية

الجنسية:

Date of expiry:

19/03/2028

الصلاحية:



الإسم: نواف محمد عبدالله الدوسري

Name: NOUF MOHAMMED A ALDOSARI

منطقة 55 - شارع 211 - مبنى 102

العنوان:

113416057356A127

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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 إجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

م. ظن لاره مريضه طيننا

اسم المريض / المريضة: نوف محمد عبد الله لروسوي

التاريخ: 30-9-24

ملف رقم: 039699

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832
License No. P832

التوقيع :

Date 30 / 09 / 2014

New Patient Registration Form

Full Name نواف محمد عبد الله عيسى الإسم الكامل

Date of Birth 1987 / 1 / 15 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ٢١٦٦٨٢٠٧٨٧ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٦٠٨٨٠٣٣ رقم الجوال

Emergency Contact Person ٣٣٣٢٣٣٣٦ أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناية

١٠٢

رقم المنطقة

٥٥

رقم الشارع

٢١١

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 التوقيع

File Number 039690

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: NOUF

Patient ID: 039690

Multistix® 10 SG
Test date 09-30-2024
Time 10:55AM
Operator ESRA
Test number 2923
Color Yellow
Clarity Clear

GLU Negative
BIL Negative
KET Negative
SG ≥ 1.030
BLO Negative
pH 6.0