



File No.: 039559

Nationality: ①

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039559
Name: ALJAWHARA ABDULLA ALDO
QID No: 32163404384 Sex: Female
Mob: 33334089 ADDRESS: MAEZER



Age: 3 yrs
child

Marital Status:

band's Name:

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

— her mother Notice Green to yellow discharge after started preschool

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P.

Menstrual Habits:

child

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 49 cm Wt. 13.6 Kg BMI Kg/m² Bp. mm Hg

Looks well

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

O/E with her mother holding her. No abnormal discharge. Intact hymen. Normal vagina.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Vulvitis

Plan of Management:

hygiene care

Next Appointment:

7 days



QLM Life & Medical Insurance Company Q.P.S.C.

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

Pre-Approval Code	: 24090630674-R	Pre-Approval Status	: Registered
Applied Date	: 09/09/2024 18:52	Approval Date	: 09/09/2024 18:52
Insured Name	: ALJOHARA ABDULLAH AL-DOSARI		
Provider Name	: DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER		
Policy Holder	: MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS	Medical Record No	:
Policy No	: P2209000085-R2	Member Id	: MEM22125114
Type	: Out-Patient	Admission Date	: 09/09/2024
Admission Period	:	Admission Type	:
Illness	: Acute	LMP Date	:
Priority	: NORMAL	Currency	: QAR
Primary Diagnosis	: Vaginitis, vulvitis and vulvovaginitis in infectious and	Present Illness Dur.	: 3 DAYS
Facility	: Obstetrics and Gynecology	Doctor	: DR. EBETSAM ABDULLAH
Benefit	: Basic	Sub Benefit	: Basic
Beneficiary Share	: Co-pay	Percentage	:
Co-ins	:	Ded	: NA
Approved By	:	Age / Gender	: 3 Y Female
Other Diagnosis	:		
Past Medical History	: NORMAL		
About Present Illness	: C/O GREEN DISCHARGE FOR 3 DAYS		
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 : 09/09/2024 18:52

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 Aljohara Abdulla Aldasari الاسم الكامل

Date of Birth 9/9/2024 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation..... المهنة

I.D Number 32163404384 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home)..... رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 3333 4089 رقم الجوال

Emergency Contact Person Mother : Najla أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 3333 4089 رقم هاتف

Address: Building No. 48 Zone No. 55 Street No. 754 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 039559

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: الجوهرة عبد الله الدوسري

التاريخ: 2024 / 9 / 9

ملف رقم: 039559

التوقيع: 



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 32163404384

الرقم:

D.O.B. 09/09/2021

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 05/06/2027

الصلاحية:



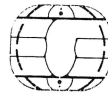
الاسم: الجوهرة عبدالله راشد راشد الدوسري

Name: ALJOHARA ABDULLA R R AL-DOSARI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28963404029

الرقم:

D.O.B. 26/12/1989

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

04/09/2034

الصلاحية:



الاسم: نجلاء حمد ناصر مبارك ال خليفة

Name: NAJLA HAMAD N M AL-KHALIFA

منطقة 55 - شارع 754 - مبنى 48

العنوان:

4351E1012215247E

Serial No

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



منطقة 53 - شارع 414 - مبنى 77

العنوان:

1133140A7B1DA127

Serial No

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



Mother

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE



مركز د. ليلي حامد الطبي

الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، الجوهرة لوسرك، الموقعة أدناه بتحمل مسؤولية دفع أي مستحقات لمركز د. ليلي 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: الجوهرة لوسرك
رقم الملف: 039559
رقم الجوال: 33334089
التاريخ: 2024/9/9
تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

والدة الجوهرة

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: _____

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦ - جوال: ٥٥٨٦٨٥٢٣ / ٥٥٣٤١٤٧٤ شارع السلام - معيذر الشمالي فيلا رقم ٨٠ / ٨٢
Tel.: 44817652 - Fax: 44812796 - Mobile : 55868523 / 55341474 - Al Salam Street - Muaitheer North Villa No. 80 / 82
E-mail: dr.leilamedcenter@gmail.com

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription

وصفة طبية

No

Date:

09 SEP 2024

التاريخ:

Patient's name:

Alj'anhaze Abdulla

إسم المريض:

File No.:

039559

رقم الملف:

Age:

3yrs

العمر: 3 سنوات

Rx

- Mustalla wash

- Kenagoli cream 80 x 5days

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523