



File No.: 038966

Nationality: Q

### GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
 File No: 038966  
 Name: SARA KHALIL SALIH  
 QID No: 30158601056 Sex: Female  
 Mob: 77907887 Address: UM SALAL



Age: 22 yrs.  
 Marital Status: 3 yrs.  
 d's Name: Haitham Khalifa Al Bulushi  
 Phone: Residence Phone:

#### SYMPTOMS:

no pain at the site of episiotomy / 2 wks.  
 - delivered vaginally 2 wks ago.  
 - lactating regularly.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. F (DM, HTN)

#### MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 yrs L.N.M.P Post NVD.  
 Menstrual Habits: regular last for 7 days every month.  
 Menstrual Symptoms: abd & dysmenorr - Menopause:  
 Parity: P 2 Abortion 0 Ectopic LCB 20.5.24

♀ 2 ♂ 2

#### EXAMINATION

Both NVDs, 9/10

General Examination: Ht. 155 cm Wt. 69.6 Kg BMI Kg/m<sup>2</sup> Bp 100/60 mm Hg  
 N/A sup, looks older, overweight

Chest, C.V.S. N/A

Abdomen: NAD

Breasts: full

#### PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. open episiotomy for almost all its length  
 Bimanual Exam. but not deep, smelly vulva, no absn.  
 Rectal Exam. vaginal disch., pain fulcrum

#### Investigation Requested:

not indicated

Diagnosis: Post natal check up, open episiotomy

Plan of Management: Betadine spray powder & wash

Next Appointment:

Date 2 / 6 / 2024

**New Patient Registration Form**

Full Name ..... لارن خليل صالح ..... الإسم الكامل

Date of Birth ..... 28-12-2001 ..... تاريخ الميلاد

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

Gender:  Male / ذكر  Female / أنثى Nationality ..... قطرية ..... الجنسية

Occupation ..... طالبة في جامعة قطر ..... المهنة

I.D Number ..... رقم البطاقة الشخصية

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

Mobile Number ..... 77907887 ..... رقم الجوال

Emergency Contact Person ..... زوجتي ..... أقرب الأقراب

Emergency Contact Number ..... 66999713 ..... رقم هاتف

Address: Building No.  Zone No.  Street No.  العنوان: ام صلاح  
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 ..... 038966 .....

## نموذج الموافقة المستنيرة

### موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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 إجراء 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: سارة حليل صالح

التاريخ: ٢٠٢٢/١١/٢٠

ملف رقم: 038966

التوقيع:

د/ليلي حامد  
Dr.Leila Hamid  
استشارية نسائية وتوليد  
ترخيص رقم P832

PRE-APPROVAL / DIRECT BILLING CLAIM FORM

Provider Name : DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER  
Provider License No. : 1122  
Contact No. : 044817651  
Provider Location : Muaither 53  
FAX No. :

Member is not eligible for This Benefit

Patient Name : SARA KHALIL IBRAHIM SALEH ABDULKHALIQ  
Al Koot ID No.: 11019835402  
Date of Birth : 28-12-2001  
Policy Holder Name : AK/HC/00191/0/3  
Qatar ID : 11111111111  
Gender :  Mal  Female  
Company Name : QATAR CHARITY

Name of the Treating Doctor : DR. LEILA License No. : P 832

Benefit Type :  OP  IP  Day Care  Maternity  Dental  Optical

Date of Admission/Treatment : 02 JUN 2024 Date of Discharge (for IP):

Details of Presenting Complaints (also provide any relevant past history with duration):

clw pain at the site of episiotomy / 2 wks.

Diagnosis:

Δ Post NVD check up " Broken episiotomy wound

Treatment Type :  Emergency  Elective Date of First Consultation :

Nature of Conception :  Natural  Assisted Date of LMP: delivered 2wks ago.

Treatment Details (please provide internal codes also): Total Requested Amount (QAR): 2015/24

R - Betadine antiseptic wash / مرتين يومياً  
Betadine spray powder / ٣ مرات يومياً

Declaration:

I hereby authorize any Medical providers to give access and provide AlKoot Insurance or any of AlKoot affiliates with all my or my family health records including copies with no exception regardless of the previous Payer/insurer. I agree that a copy of this consent shall have the validity of original.

77907887 Patient's Signature with Date : [Signature]

We hereby declare that the information furnished in this PreApproval request form is true & correct to the best of our knowledge. If we have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact, our right to claim shall be forfeited.

Treating Doctor Signature with Stamp : DR. LEILA Hamid

[Signature]  
[Stamp: Dr. Leila Hamid, استشارية نسائية وتوليد, License No. P832]

Al Koot Insurance & Reinsurance Company (Licensed by the Qatar Central Bank) P.O.Box 24563, Doha-Qatar.

For any further clarifications or complaints procedure guide, please use the below contact details

Call: (+974) 800 2000; Email: customercare@alkoot-medical.com; Website: www.alkoot.com.qa

**ALKOOT GLOBAL CARE**  
Health Insurance Membership


**AlKoot**  
INSURANCE & REINSURANCE  
التأمين للتأمين و اعاده التأمين

Name : SARA KHALIL IBRAHIM SALEH ABDULHALIQ

Alkoot ID : 11 0198 354 02 Policy No : AK/MC/00191/0/3

Company : QATAR CHARITY

Policy Issue Date : 30/11/2023 Membership Level - Elite



\* 1 1 0 1 9 8 3 5 4 0 2 \*

**State of Qatar  
ID. Card**



**دولة قطر**  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30158601056 الرقم:

D.O.B: 28/12/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

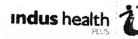
Date of expiry: 27/08/2029 الصلاحية:



الإسم: ساره خليل ابراهيم عبدالخالق صالح

Name: SARAH KHALIL I A SALEH

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



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 empannelled 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.

العنوان: منطقة 55 - شارع 946 - مبنى 92

Serial No:

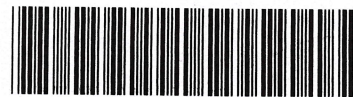
الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

*[Signature]*

ساره

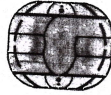


*[Handwritten signature]*

State of Qatar  
ID. Card



دولة قطر  
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30158601056

الرقم:

D.O.B: 28/12/2001

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 27/08/2029

الصلاحية:



الإسم: ساره خليل ابراهيم عبدالخالق صالح

Name: SARAH KHALIL I A SALEH

منطقة 55 - شارع 946 - مبنى 92

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر  
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة  
Holder's signature

ساره





الموضوع / اتفاقية تسديد مستحقات التأمين

أقر أنا، سارة حسن صبا، 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: سارة حسن صبا

رقم الملف: 038966

رقم الجوال: 77907887

التاريخ: 02 JUN 2024

تفاصيل الدفع: مرفق صورة من الإيصال

التوقيع: [Signature]

**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: \_\_\_\_\_

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

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796  
Al Salam Street - North Muaither  
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦  
شارع السلام - معيذر الشمالي  
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

Prescription وصفة طبية

Qum

Nº

20 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Sara Kalil Ibrahim : إسم المريض:

File No.: 038966 : رقم الملف:

Age: 22 yrs : العمر: 22 years  
A broken episiotomy wound

Rx

Betadine antiseptic wash

مرتين يوميا

Betadine spray powder

٢ مرات يوميا

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com  
Mobile: 55868523