

**MEDICAL EXPENSES 14-December-2023 TO 03-January-2024**

S.No	Project	Date	EMPO	NAME	DESIGNATION	SITE	DESCRIPTION	TREATMENT	TREATMENT EXPENSES	REMARKS
1	20003D	12/12/2023	3397	SHINDAR SINGH	ROGGER	JPF	RT HAND INJURY(SITE INJURY)	ADAN	15	SITE INJURY
2	20003D	13/12/2023	2885	VINEESH	PAINTER	JPF	RT LEG FRACTURE SITE ACCIDENT (FOLLOWUP)	ADAN	15	SITE ACCIDENT
3	20003D	13/12/2023	8079	LAYAK ABDUL	PAINTER	JPF	Abdominal pain and vomiting during working. Immediately shifted to camp that time we noticed he can't walk, so we shifted him to Adan hospital.	ADAN	30	
4	20003D	14/12/2023	6788	BIMALENDAU NANDI	WELDER	JPF	EYE INFECTION DUE TO WELDING FUMES EXPOSURE	CT ABDOMEN	160	
5	16008D	15/12/2023	8842	AMOL BALU	HELPER	MRP	VOMITING AND DIZZINESS	ADAN	15	
6	20003D	18/12/2023	2885	VINEESH	PAINTER	JPF	RT LEG FRACTURE SITE ACCIDENT (FOLLOWUP)	ADAN	15	SITE ACCIDENT MEDICAL EXPENSES TO BE DEDUCTED FROM EMPLOYEE
7	20003D	22/12/2023	6520	GAMESH MALIK	HELPER	JPF	VOMITING	ADAN	15	
8	20003D	22/12/2023	8977	RANCHOANDRA	BLASTER	JPF	THE EMPLOYEE WAS UNDER MEDICATION FOR EPILEPSY FOR LAST SEVEN YEARS HE DISCONTINUED THE MEDICINE FOR LAST FOUR MONTHS WHICH RESULTED IN INCIDENT AT SITE. THE EMPLOYEE HIDE THE FACT THAT HE IS HAVING EPILEPSY FROM OUR MEDICAL TEAM.	ADAN	30	
9	20003D	25/12/2023	8884	THOMAS STEPHEN	BLASTER	JPF	KIDNEY STONE	CT BRAIN ADMISSION CHARGES	160 70	
10	20003D	21/12/2024	6586	SHINU SATHYAN	SCAFOLDER	JPF	EAR INJURY(CAMP ACCIDENT)	ADAN	15	(CAMP ACCIDENT)
								WHEEL CHAIR	10	
								TAXI FARE	45	
								Tghl Amount	705	

*[Handwritten Signature]*

Ministry Of Health - MOH  
Adm Hospital / مستشفى العبدان



Adm Hospital / مستشفى العبدان  
Patient No. / رقم المريض

Stick Stamp here

287072605501

12-12-2023 11:29 am

SIRANDER SINGH KASHMIR

مستشفى العبدان

العبدان

(ORT518)

Ortho FT / Ortho FT

Standard Waiting time for all CTAs levels	
Level 1	0 min
Level 2	15 min
Level 3	30 min
Level 4	60 min
Level 5	120 min and above

Median Triage standard allows to classify the emergency patient according to severity of presenting problems.

معايير التريجوس القياسية تسمح بتصنيف المرضى في حالات الطوارئ وفقاً لشدة مشكلاتهم الصحية.

Implementation Purposes Only

12-12-2023 التاريخ / مستشفى العبدان / استيعاب الطوارئ

1: الرقم المدني : سيكادير سينج كاشمير

الجنس: M : 36 سنة / العمر : الهند

العنوان: المهبولة - القطعة 0 / رقم الهاتف: 14678063

R index finger trauma  
- Xray - No#

and sutured - final explanation

Further Procedure : tetanus toxoid injectn

- Adcl 1g tds x 5d

Date: 1 / 120 - Augmentin 1g bid x 5d

Doctor's Name & Stamp

Signature

DR. ADIL HANI (LMD) MRCP  
MRCP (UK) MRCP (GEN) MRCP (INT)

CASUALTY SHEET

MR 3

Rev. Date: (1/1/2021)



أجر وعافية

اشلون، الجامعة، منطقة الاحمدى الطبية

830

Clinic 8

Waiting Customers 5

Waiting Time

37:42

2023-12-13

14:41

Presenting Symptoms :

02:33 مساءً : 2023-12-13 وقت : التاريخ :

مستشفى العبدان / الجراحة والمطام

مكان

لصق

الطابع

Physical Signs :

الرقم المدني : 287050309613

فنيش رامانثاندران تشيلان

اسم :

المريض



Laboratory Data :

36 سنة : M

العنوان :

الجنسية

الجنس :

العمر

العنوان : المهولة - القطعة 1

تلفون :

رقم الزبارة :

X-Ray Data :

Diagnosis :

reatment Given :

Further Procedure :

Doctor's Name & Stamp

Signature

Date:

/ 20

Rev. Date: (11/2021)

نموذج متابعة الطوارئ 1513 HA 001 830

CASUALTY SHEET

MIR 3





وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

مكان  
لصق  
الطابع

Presenting Symptoms:

Physical Signs:

Laboratory Data:

X-Ray Data:

Diagnosis:

Treatment Given:

Other Procedure:

Doctor's Name & Stamp:

أحمد السديدي  
Ahmed Al-Sudidi

20 ديسمبر



16/12/23 12:45

9301023486091068

REFERENCE:

Implant

7540 HA 0011513 نموذج مشاهدة الطوارئ

CASUALTY SHEET

MR 3

مستشفى، العيادات / استشارات الطوارئ  
الرقم التبادلي: 14586092  
العنوان: القطيف 0

Full Exam No RAP  
Ere FB  
Mental Power: str Apt

ACQ  
RLE  
for Ere Dress

FB removed  
-ve rust remnants  
-ve leak  
Other Procedure: +ve stain

- ophlox 1x4x7  
- ophthal in HS

Dr. Koshif Gultar  
Emergency  
Madin Hospital

Signature  
Dr. Zayed Mubarek Almoallim  
الشيخ زايد مبارك آل موملح

F.U if worsen case

STATE OF KUWAIT  
MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
قسم الأشعة الإشعاعية

PATIENT'S NAME: Family Name:

CIVIL I.D.

2nd

HOSP.

1st

WARD/Bed:

RELATED CLINICAL DATA.

- walk in July by heavy.  
- head hurt -  
- object -  
- headache + Dismiss  
- deep cut baby do  
- Requested Exam: R/O Acute fracture

Dr. Kashif Gulzar  
Emergency  
Al-Adan Hospital

CRB  
F  
B

File No.	2017/001
D.O. Birth.	2017/001
SEX	M
NATIONALITY	QATAR
History of allergy	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L.M.P.	
DR STAMP & SIGNATURE	Doaa Eshorbagi Radiology Registrar Al-Adan Hospital
Physician Contact	Physician Contact: N/A
Radiologist Approval	



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

صباحاً 11:24

مستشفى العedan

مكان  
لصق  
الطابع

Physical Signs : التاريخ :

الرقم المدني : 278010190967

الاسم : ابيش لال بايج نا

مريض



الجنس : M  
العمر : 45 سنة

العنوان :

تنسية

عنوان : الميولة - القطعة 1

تليفون :

X-Ray Data :

رقم الزيارة : 14240420

Diagnosis :

SAR  
= today  
Pt. tachycardic

Treatment Given :

not D.M.M. H.T.N.

Perian Sinner Condition one month back

Chol → whee 2y. NO Comp.

hst → 1/1

Shi → 10 Gr Gr

Further Procedure :

ECG  
CXR

ER  
- IV Cante  
- blood test

Date:

120  
VPG  
Roxhu  
BND  
TTP

Signature

Verkle  
at  
peluch  
2005 Act 10.  
over the

Implementation Purposes Only



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

مكان  
لصق  
الطابع

Presenting Symptoms :

Physical Signs :

Laboratory Data :

X-Ray Data :

⊖ BKS

⊖ lat. malleolus #

Diagnosis :

- On call Dr. Amir informed  
↳ For OPD FU

Non displaced  
intra-articular

Treatment Given :

FU Adan hospital  
OPD  
Wednesday  
2/8  
2pm

- Roxonin tab  
1 x 2 x 10  
- Aspirin tab  
1 x 1 x 10  
- Repanil tab  
1 x 3 x 10

Further Procedure :

Room (8)

Implementation Purposes Only  
لغراض تطبيق النظام فقط

CASUALTY SHEET

Date: / / 20

Doctor's Name & Stamp

Signature

Dr. A. Shahlen  
Ortho Registrar  
Al Adan Hospital



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

Physical Signs :

مكان  
لصق  
الطابع

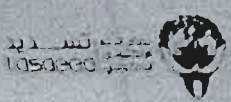
ستشفى العدان / استقبال الطوارئ

لوقت: مساءً 06:43  
Laboratory Data : التاريخ :

تاريخ موخايا سوتنا :  
اسم المريض

الرقم المدني : 285120306153

X-Ray Data :



تليفون:

10 دينار

Given :



908733215669331

REFERENCE

1

ADAN Hospital / ADAN Hospital  
Visiting Slip / بطاقة زيارة

Stick Stamp here

285120306153

ADAN HOSPITAL  
ADAN HOSPITAL



ADAN Hospital  
Visiting Slip  
ADAN Hospital  
باصطحاب



22/12/23 05:20  
مستشفى العبد  
9221223508019660

REFERENCE:

189037306768

22-12-2023 12:13:41

Dr.

GANESH MALIK JAYANEN MALIK

No. 11

India/141

No. 100-1

(C730)

4th floor

Location

ICU / 141 III

Standard Waiting time for all 725 levels

level 1	0 min
level 2	15 min
level 3	30 min
level 4	60 min
level 5	120 min and more

Canadian triage standard allows to classify the severity of patient according to severity of presenting problem.

المرضى يتم تصنيفهم حسب شدة المشكلة التي يعانون منها.

#DP N3897890

31 DEC 2019  
30 MAR 2019  
IMMIGRATION  
APPROVAL  
PORT MUMBAI

STATE OF KUWAIT  
MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
قسم الأشعة الإشعاعية

PATIENT'S NAME: <u>Chaudhry</u>	1 <sup>st</sup> Name: <u>San</u>
CIVIL I.D.:	WARD/Bed: <u>1</u>

RELATED CLINICAL DATA

Nom DM, HTN 41 yr ♂

90 fits - today

second episodes

Reo any ante Exam

insult.

File No.	History of allergy	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
O.D. Birth	Signature	
SEX	NATIONALITY	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

EMERGENCY HOSPITAL  
AL KHAYAN HOSPITAL  
Signature: [Signature]  
Physician Contact No. \_\_\_\_\_  
Radiologist Approval: \_\_\_\_\_

REQUESTED EXAM:

C.T Scan  
Brain plan



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

10 دييار

Physical Signs :

Laboratory Data :

10 دييار

22/12/23 04:23  
1006321557809452  
REFERENCE

State Of Kuwait MOH  
Adnan Hospital



ADAN Hospital / ADAN Hospital  
Visiting Slip / لائحة زياره

Stick Stamp here

N3897890

22-12-2023 04:22 pm

RAMCHANDRA .

India/ الهند

(T528)

Standard waiting time for all CYAS level 5	0 min
Level 4	15 min
Level 3	30 min
Level 2	45 min
Level 1	60 min

Non-DM+HTN

fully stable  
K/O fits - Today  
second episode  
experienced  
just episode - 10  
Headache and  
Dizziness - Now  
MOR  
paralge  
URSS  
Rout  
g. N/S 500 LAP  
11/18/23

DR. NASIR  
EMERGENCY  
ADAN HOSPITAL

CASUALTY SHEET

MR 3

Print Date: (11/2021)

HOSPITAL

Al-Aman



وزارة الصحة

053485

ايصال تحصيل

التاريخ ٢٠١٢/١٢/١٤

فلس ديشار

٧٠ -

وصلني من

راما بتاندرا

مبلغ وقدرة فقط

مبعون دينار فقط

الحساب

البيان	المبلغ
٢٠١٢/١٢/١٤ روح اقامه من	٧٠ -
٢٠١٢/١٢/١٤ ال	
(الاقامة منتهية)	
مبعون دينار فقط	٧٠ -

توقيع المحصل

(نموذج ٢٥-حمايات)

7540 HA 0001038 ايصال تحصيل

DISMISSAL SLIP

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

اسم الشاهد: \_\_\_\_\_

توقعه: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يصرح لخروج المريض من المستشفى يوم \_\_\_\_\_ الموافق \_\_\_\_\_ الساعة \_\_\_\_\_

Final Diagnosis: **Allergical #15**

Dr. Sign: **Dr. Kawthar Almqsead**

ختم وتوقيع الطبيب: \_\_\_\_\_

الدخول: \_\_\_\_\_

Al-Aman Hospital

اسم المستول عن خروج المريض: \_\_\_\_\_

الهوية: \_\_\_\_\_

تاريخ الخروج: \_\_\_\_\_

اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية: \_\_\_\_\_

مصلحة الرعاية: \_\_\_\_\_

نوع الخروج: \_\_\_\_\_

مطابق الحسابات: \_\_\_\_\_

مطابق: \_\_\_\_\_

مطابق: \_\_\_\_\_

MR4



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

مكان  
لصق  
الطابع

Presenting Symptoms :

Ms. Pancreatitis  
Cholecystitis.

Physical Signs :

Laboratory Data :

Fever: 20°C.

103 f

X-Ray Data :

Pan. Epigastrium = sim. milt.

37.5°C

BP = 125/81.

Diagnosis :

+ Calcifications  
= non radiating. to Bowel.

HR = 105.  
SpO2 = 99.

Treatment Given :

NS (Lowt m333)

1m. Lasee riv.  
1m. Paflet riv.  
1m. Niblet riv.

Alcohol

in India

few more

Apr

Implementation Purposes Only

APR

Further Procedure :

ELU ✓

Routine

Date: /20

11/11/2021

Doctor's Name & Stamp

Signature

1/1/2021  
Lecturer

7540 HA 0011513 نموذج شهادة الطوارئ

Rev. Date: (11/2021)

1/1/2021

CASUALTY SHEET

STATE OF KUWAIT  
MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



دولة الكويت  
وزارة الصحة  
قسم الأشعة الاكلينيكية

PATIENT'S NAME: Family Name: Thomas 2nd Boudalelethu 1st Al-Athman  
CIVIL I.D. 290091405779 HOSP. WARD / Bed. Mark

RELATED CLINICAL DATA.

HO for level grade  
Pusman may  
martyan level Red  
Sunday, Sunday, Sunday  
BP/HR

File No.  
D.O.Birth. HO  
SEX. M  F   
NATIONALITY. KSA  
History of allergy. Yes  No   
Type:.....  
L.M.P.

DR. STAMP & SIGNATURE  
Dr. Khurshid Ahmad  
General Physician  
Physician Contact No.

REQUESTED EXAM: Shamed Hussain  
General Physician  
Dr. Khurshid Ahmad

Radiologist approved  
Dr. Ahamed Hussain

0HA0011051 نموذج طلب فحص اشعة

Rev. Date (05 / 2012)

Treatment Given :

Retain  
W2X5  
W1X6

Further Procedure :

W2X5  
W1X6

For Identification Purposes Only

Date: / / 20

Doctor's Name & Stamp

Signature

Rev. Date: (11/2021)

RADIOLOGICAL

EXAMINATION REQUEST

Date: 11/2021

MR 3



وزارة الصحة  
MINISTRY OF HEALTH

Presenting Symptoms :

ADAN Hospital / استقبال الطوارئ

09:44 مساءً : 01-01-2024 وقت: عيادة

Physical Signs : التاريخ :

مكان

لصق

الطابع

الرقم المدني : 287040309847

SHINU SATHYAN VENU

اسم :  
مريض



الجنس :  
العمر : 36 سنة M

الهند  
جنسية

جنون : القطعة -

تليفون:

X-Ray Data :

رقم الزيارة : 14715115

Diagnosis :

Treatment Given :

Cut wound of the  
left auricle

for stitching  
c.o.t

Augmentin 1gm T

Further Procedure

- Adol 1x2x7  
Ting 1x3x

Doctor's Name & Stamp

Signature

Implementation For

7540 HA 0011513 نموذج مشاهدة الطوارئ

Rev. Date: (11/2021)

CASUALTY SHEET

MIR 3



**Kerala**  
**BROTHERS**



**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 

12	10
----	----

Taxi No. ....

Date: .....

Received From Mr / Mrs / Ms ..... *Immy*

Amount KD ..... *12 10*

At Your Service From ..... *Maniyat Camp-2* To ..... *Shatto Hospital TO Adlan TO*

Time: From ..... *Camp-2* To ..... *Adlan Hospital* Tel. No. .... *TO Camp-3*

Driver's Name ..... Signature .....



**Kerala**  
**BROTHERS**



**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 

14	10
----	----

Taxi No. ....

Date: .....

Received From Mr / Mrs / Ms ..... *Pratap Kumar (3277)*

Amount KD ..... *14 10*

At Your Service From ..... *Maniyat Camp-2* To ..... *AL Raziq TOZAIN*

Time: From ..... *Hospital* To ..... *Maniyat Camp-2* Tel. No. .... *-2*

Driver's Name ..... Signature .....



**Kerala**  
**BROTHERS**



**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 

5	KD
---	----

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms ..... *Sreeraj*

Amount KD ..... *5 KD*

At Your Service From..... *Camp - 2 To sholfa* To *Adhes Hospital*

Time: From *10* *Camp* To *3* ..... Tel. No.:

Driver's Name..... Signature.....



**Kerala**  
**BROTHERS**



**TAXI SERVICE CASH RECEIPT**

KD 

14	KD
----	----

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms ..... *Pratheep kumar (3277)*

Amount KD ..... *14 KD*

At Your Service From..... *menyut Camp - 2* To *AC Ruzr Po 2010*

Time: From *Hospital* To *menyut Camp - 2* ..... Tel. No.:

Driver's Name..... Signature.....



