

MEDICAL EXPENSES 03-January-2024 TO 19-February-2024

S.No	Project	Date	EMPO	NAME	DESIGNATION	SITE	DESCRIPTION	TREATMENT	TREATMENT EXPENSES	REMARKS
1	20003D	7/1/2024	3277	PRATAP KUMAR	RIGGER	JPF	(PHYSICAL THERAPY) RT HAND FINGER CUT OFF SITE ACCIDENT (FOLLOWUP)	ZAIN HOSPITAL	65	SITE ACCIDENT
2	20003D	14/01/2024	3277	PRATAP KUMAR	RIGGER	JPF	RT HAND FINGER CUT OFF SITE ACCIDENT (FOLLOWUP)	AL RAZI	15	SITE ACCIDENT
3	B14020	15/01/2024	3820	BIJU	DRIVER-HEAVY	MAB	Abdominal pain and vomiting (APPENDIX)	ADAN HOSPITAL	15	
								CT ABDOMEN	80	
								ADMISSION CHARGES	40	
4	20003D	16/01/2024	3386	JARNIL	RIGGER	JPF	HYPOPYON CORNEAL ULCER	ADAN CT BRAIN	95	
								ADAN	80	
5	B14020	30/01/2024	3820	BIJU	DRIVER-HEAVY	MAB	APPENDIX SURGERY (FOLLOWUP)	ADAN	15	SITE INJURY
6	20003D	5/2/2024	8731	RABI BEHERA	WELDER	JPF	EYE INFECTION DUE TO WELDING FUMES EXPOSURE	ADAN	15	
7	23004D	14/02/2024	8935	TAPAN MAJ/T	WELDER	KNPC	VOMITING AND DIZZINESS	ADAN	15	MEDICAL EXPENSES TO BE DEDUCTED FROM EMPLOYEE
								ADAN CT BRAIN	80	
8	20003D	15/02/2024	9002	BAPPA DITYA	FITTER	JPF	MUSCLE SPASM during working. Immediately shifted to Adan hospital	ADAN	30	SITE INJURY
9	20003D	17/02/2024	8563	YESVANTH	SCAFFOLDER	JPF	PILES WITH BLEEDING	ADAN	15	
10	23004D	18/02/2024	8966	VISHNU	HELPER	KNPC	FEVER(103.5) AND VOMITING	ADAN	15	
								WHEEL CHAIR	7	
								TAXI FARE	58	
								Total Amount	640	

Handwritten signature in blue ink.



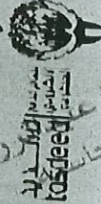
IbnSina Hospital
Physiotherapy Department

وزارة الصحة
الكويت - الخليج العرب
منطقة الصباح الطبية التخصصية
مستشفى ابن سينا - قسم العلاج الطبيعي

قسم العلاج الطبيعي
عيادة خارجية (مركز الباطين)
Physical Therapy Department
Out Patient Clinic (Babtain Center)

Name: Prathap Kumar : الاسم
Nationality : Indian : الجنسية
Civil ID : 2700 5280 8724 : الرقم المدني
File NO : 08.95.65 : رقم الملف
Diagnosis : : التشخيص
Mobile No : : رقم الهاتف
Treating Physician (Surgeon) : الطبيب المعالج (الجراح)

First Course اول		
الرقم NO	التاريخ Date	ختصاصي المعالج Treating PT
1	7/1/24	P. D. Shaker



ابن سينا الحاسبة
07/01/24 09 06
9070124513541791

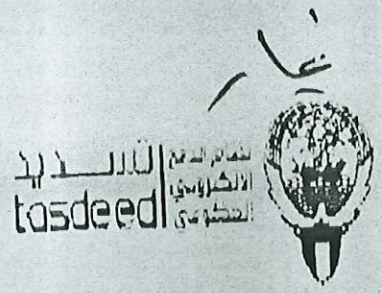
ID 3297

LS 100

I. D. No.: 270e
File No.: 08091
Appointment Date: 2024/01/14
Time: 11:25:18

INA HOS
BTAIN C

004



10 دينار



14/01/24 04:34

بطين-الاستقبال





دولة الكويت البطاقة المدنية STATE OF KUWAIT CIVIL ID CARD



Civil ID No 292053103334

الرقم المدني
الاسم

بيجو بابو كوشو
ناتو بابو

Name BIJU NBABU BABU

Passport No T 8280871

رقم الجواز

Nationality IND

هندي

Sex M

ذكر

Birth Date 31/05/1992

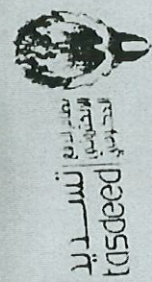
تاريخ الميلاد

Expiry Date 12/07/2024

تاريخ الانتهاء

ADAN Hospital / ADAN Hospital

Visiting Slip / قسيمة زيارة



دينار 10



15/04/24 899.03
مستشفى الجوار

9165237809678358

REFERENCE:

292053103334

Date: 15-01-2024 02:02 pm التاريخ:

Name: BIJU BABU KOCHU الاسم:
بيجو بابو كوشو

Nationality: India/ الهند الجنسية:

Queuing No: (C127) رقم الطابور:

Location: T.CTAS III / T.CTAS III العيادة:

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 more

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

مقياس الترياج الكندي يسمح بتصنيف المريض في حالات الطوارئ وفقاً لدرجة خطورة أعراضه الممكنة.

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. WARD/Bed.

RELATED CLINICAL DATA.

↑ P + 317 prescribed with
 Rt iliac foss pain
 for Pablosmerol H-Tm
 Control to radiologist
 A conf. & radiologist

REQUESTED EXAM.:

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

DR. STAMP & SIGNATURE
 Physician Contact No. _____
 Radiologist Approval: _____

وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH

HOSPITAL APAC HOSP NO

Dept. Unit Ward Room Bed NAME Bigu Babu Koch

SEX M F AGE 32

Doctor In Charge Dr. Khalil NATIONALITY INDIAN

MARITAL STATUS: أرمل مطلق متزوج أعزب

رقم المدني 1777 رقم الدخول

65581602 رقم التسجيل

العنوان المعهد

أقرب شخص المعهد

اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية:

التاريخ 15/11/24

الساعة 8:00 ص

طريقة الدخول طرقة خارجية مستنصر عيادة خارجية طوارئ طرقة نعم لا

Provisional diagnosis : Acute appendicitis

Dr. Sign.: [Signature] ختم وتوقيع الطبيب:

أقر أنا [Signature] أقر أنني

دخولي / دخول المستنصر منحهلا مسئولية هذا الاجراء

كما أقر بان رفضي للدخول رغم نصح الأطباء وأن مستنصر

لن يكون مسئولا عن أي تدهور في الحالة الصحية

توقيع المقر بما فيه: [Signature] التاريخ: 1/1

اسم اشاهد: [Signature] توقيعه: [Signature]

بصرح لخروج المريض من المستشفى يوم الأربعاء الموافق 11/11 الساعة 12:30

Final Diagnosis : Acute Appendicitis

for Lap Appendectomy

Dr. Sign.: Dr. Yaqoub Joudah ختم وتوقيع الطبيب:

الخروج

الدخول

صلة القرابة: [Blank]

الهوية: [Blank]

نوع الخروج: عادي هروب وفاة أخرى

ساعة الخروج: [Blank] تاريخ الخروج: [Blank]

اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية: [Blank]

Rev. Date (3/2021)

7540 HA 0001297 نموذج بيانات دخول المريض

ADMISSION ADVICE SLIP

MR4

5 هالة دخول
5 هالة خروج
5 هالة دخول وخروج

HOSPITAL

HOSP. NO.

Dept. Unit Ward Room Bed

NAME :

Jarnail Singh Sawran Singh

Ophthalm

11

SEX : (M) / F

AGE :

DOB: 30/4/83

Doctor: Dr. Hussain

NATIONALITY :

NK

MARITAL STATUS:

أرمل / مطلق / متزوج / أعزب

283043008363

الرقم المدني

C.59

رقم الدخول

50815685

العنوان: المهجولة و 1 سن 105 2 282 2

العنوان

ألمب شخص

اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية

الطبيب المسئول عن الدخول

طريقة الدخول مستشفى عيادة خارجية طوارئ

14/01/24

التاريخ

12.30pm

الساعة

Provisional diagnosis : RE hypopyon corneal Ulcer.

Dr. Muhammad Mudassir Saeed
Registrar Ophthalmology
Al-Adan Hospital

Dr. Sign.:

ختم وتوقيع الطبيب

القرارات رفض الدخول

الموقع أدناه بأنه أرفض
المستشفى متحملاً مسئولية هذا الإجراء

أمر أنا

دخولي / دخول

كما أقر بأن رفضي للدخول رغم نصيح الأطباء وأن مستشفى

أن يكون مسئولاً عن أي تدهور في الحالة الصحية.

توقيع المقرب بما فيه:

اسم الشاهد:

/ / التاريخ

توقيعه:

الطبيب المسئول عن الخروج

بصريح لخروج المريض من المستشفى يوم الموافق 14/01/24 الساعة

Final Diagnosis :

RE Herpetic Keratitis +
Nemotrophic ulcer + secondary bacterial infection
(resolving)

Dr. Sign.:

ختم وتوقيع الطبيب

Dr. Mary George M.S. (GLASGOW)
Registrar
Dept. of Ophthalmology
Al-Adan Hospital

الخروج

مستشفى العبدان
بفتح بالدخول
المعاشية المالية

مكتب السجلات الطبية

صلة القرابة

اسم المسئول عن خروج المريض

الهوية

نوع الخروج عادي صروب وفاة أخرى

ساعة الخروج

تاريخ الخروج

اسم وتوقيع كاتب السجلات الطبية

ADMISSION ADVICE SLIP

MRB4

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY

دولة الكويت
وزارة الصحة
قسم الأشعة الاكلينيكية

RADIOLOGICAL CONSULTATION REQUEST

1st		WARD/Bed	
2nd		HOSP.	
PATIENT'S NAME:	Family Name:	File No.	
CIVIL I.D.		D.O. Birth.	
		SEX.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		NATIONALITY.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		History of allergy:	Type: _____
		L.M.P.	
		DR. STAMP & SIGNATURE	

Dr. M. Salah Metwally
Registrar Radiology
Adnan Hospital

Physician Contact No.: _____
Rev. Date (05/2014)

Radiologist Approval:
[Signature]

RELATED CLINICAL DATA:
Imp d. 32 f id
gen Rt low par
Lum Sc 13100
Bed us Rt med. Hxd rph
CT low -

REQUESTED EXAM:
[Signature]

10-3820
15100

الطبيب العام
الرئيسي

321
Clinic 3

Waiting Customers 4
Waiting Time 37:06
2024-01-30 14:38

every other day
at Polychin

Dr. Yagoub Joudah

دكتور ياغوب الجواد
طبيب عام

STATE OF KUWAIT CIVIL ID CARD
Civil ID No 292063103334
Name BIJU NBABU BABU
Passport No T 8280871
Nationality IND
Sex M
Birth Date 31/05/1992
Expiry Date 12/07/2024

HOSP NO
NAME BIJU KOCHU
C/O 292053103334
SEX M/F AGE 32 y/o

Acute appendicitis
History reports, progress in hospital, treatment:
Pt healthy, PSHx. Presented to
at Pain for 9 hrs of duration
to RIF - A/W 5 episodes of
Vx. O/E - Abdomen S/L
Labs on Admission: WBC 4.9
evidence of Acute appendicitis

was done on 16-1-24 and the
1) Inflamed appendix, 2) Healthy base
Pt is doing good, ambulating with
oral diet with no nausea or vomiting.
Status: vitally stable,afe-a
no tenderness.
a discharge.

Lap. Appendectomy on 16-1-2024

TREATMENT RECOMMENDED ON DISCHARGE: Abl, Loser

FOLLOW-UP ARRANGEMENT: Follow up on Surgery clinic
on 30-1-2024 afternoon

Date: 17-01-2024 Sig: Joudah

Dr. Yagoub Joudah
DOCTOR IN CHARGE

CLINICAL DISCHARGE SUMMARY



وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH

مكان
لصق
الطابع

Presenting Symptoms :

مصاباً بـ / مستعصي العنان / استعصاء الطوارئ

Physical Signs :

الرقبة العنق

Laboratory Data

العمر الجنس

لقطعة : 0

X-Ray Data : 14586062 رقم الريادة :

Diagnosis : Pull Box @ EPE FB.

Meral Piece - 2h Ap

Treatment Given : 0

ACE RPP for EPE Room

FB removed
-ve rust remnants
-ve leak

Dr. Kashif Gulzar
Emergency
At-Adan Hospital

Other Procedure : true stain

- oph Plex 1x4x7
- oph chlor on HS

Doctor's Name & Stamp

Signature
Dr. Zayed Mamedoun Alenezi
Emergency Medical Services
At-Adan Hospital



05/02/2024 10:20
مركز العنان و مركز

REFERENCE:

F.U if worsen case

CASUALTY SHEET

MR 3

10-8935
15 KD

مادة الصحة

02-2024

مستشفى العبدان / استعجال الطوارئ



State Of Kuwait - MOH
Adnan Hospital / مستشفى العبدان



الرقم المدني

TAPAN MAJI MAJI

اسم :
مريض

دولة الكويت
STATE OF KUWAIT CIVIL ID CARD

Civil ID No 286040406802
تاپان ماجي دهارا ايدهار

الرقم المدني الاسم

Name TAPAN - MAJI

Passport No S9123090
Nationality IND
Sex M

رقم الجواز الجنسية هندی
الجنس ذكر

Birth Date 04/04/1986
Expiry Date 25/11/2024

تاريخ الميلاد تاريخ الانتهاء

M 27 سنة

الجنس

الجنس

العمر

جنسية

عنوان : القطعة -

رقم البراقة : 14797582

Date: 14-02-2024 09:43 am

Name: TAPAN MAJI MAJI

Nationality: India / الهند

Queuing No: (C593)

Location: T.CTAS III / T.CTAS III

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 more

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

معايير التريج الكندي تسمح بتصنيف المريض في حالات الطوارئ وفقا لشدة وخطورة اعراض المشكل.

Doctor's Name & Stamp

Signature

Date: / / 20

Implementation #

Rev. Date:

7540 HA 0011513 نموذج مشاهدة الطوارئ

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
DEPARTMENT OF CLINICAL RADIOLOGY



دولة الكويت
وزارة الصحة
قسم الأشعة
Dr. Sameh Salah
Senior GP Radiology

PATIENTS NAME: Family Name: Wafiq 2nd Wafiq 1st Wafiq
ID: []
HOSP: WAFI WARD/Bed: 1

ADMITTED CLINICAL DATA

PT stroke old post
by acute and Head
Referred under
to stroke stroke center

File No. _____
D.O. Birth. _____
SEX: M F
NATIONALITY: _____
History of allergy: Yes No
L.M.P. _____
DR. STAMP & SIGNATURE: [Signature]
Physician Contact No.: 2222
Radiologist Approval: [Signature]

HA 0011051 نموذج طلب فحص أشعة

Rev. Date (02/2021)



وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH

مكان
لصق
الطابع

Presenting Symptoms :

Physic signs : التاريخ : مستشفى العدان / استقبال الطوارئ

الرقم المدني : 281031013561 : اسم : نيليا مادبلا داندا سي مادبلا : مريض

الهوية : 42 سنة 44 : العمر : الجنس : جنسية

تليفون : عنوان : أبو حليفة - القطعة 2

X-Ray Data : رقم الرقابة : 14590927

Diagnosis :

Treatment Given :

فترة بعثة الظفر 40 دينار
(1) ملحق
مستشفى العدان

1302202401:45
مستشفى العدان
011123487298034

REFERENCE

Other Procedure :

Date: / / 20 Doctor's Name & Stamp Signature

CASUALTY SHEET



Kerala
BROTHERS



TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD	14	60
----	----	----

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Pranav Kumar (3073)

Amount KD 14.60

At Your Service From Manjeri Camp-2 To Al Road No 2110

Time: From Hospital To Manjeri-2 Tel. No:.....

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



Kerala BROTHERS



TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD 14 KD

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Dorestan Kumary (3272)

Amount KD 14 KD

At Your Service From menyaf camp - 2 To Al Reef to 2nd

Time: From Hospital To menyaf camp Tel. No:

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



Kerala BROTHERS



TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD 14 KD

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Dorestan Kumary (3272)

Amount KD 14 KD

At Your Service From menyaf camp - 2 To Al Reef to 2nd

Time: From Hospital To menyaf camp Tel. No:

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



Kerala
BROTHERS



TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD 2 KD

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Sreeraj P

Amount KD 2 KD

At Your Service From manjeri camp - 2 To sholfa Hospital PO

Time: From manjeri To camp - 2 Tel. No:.....

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



Kerala
BROTHERS



TAXI SERVICE CASH RECEIPT

KD 14 KD

Taxi No.....

Date:.....

Received From Mr / Mrs / Ms Perastep Leemer (3222)

Amount KD 14 KD

At Your Service From manjeri camp - 2 To AL Rust PO 2nd

Time: From Hospital To manjeri camp 2 Tel. No:.....

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

