



# TEST REQUISITION FORM

## Patient Details

First Name: Mr SURESH Last Name: \_\_\_\_\_  
 Age: 50y Gender:  Male  Female   
 Address: \_\_\_\_\_  
 Contact No.: \_\_\_\_\_  
 E-mail ID: \_\_\_\_\_  
 Referred by: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_  
 For Maternal Screening - Date of Birth :- DD MM YYYY  
 Weight: \_\_\_\_\_ kg. Height: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ inches, LMP \_\_\_\_\_  Last Ultrasound Report

## Billing Information

Client Name: Crossna Harp  
 Client ID: \_\_\_\_\_  
 Total Amount: \_\_\_\_\_  
 Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_  
 Amount Balance / Due : \_\_\_\_\_  
 Payment via:  CASH  CHEQUE  CREDIT

## Specimen Type Received (For MolQ use only)

- Serum
- Plasma: EDTA/FL/CIT
- SST
- W. Blood EDTA
- W. Blood Fluoride
- W. Blood Heparin
- W. Blood Sodium Citrate
- Bone Marrow
- FN Aspirate
- Tissue Formalin
- Paraffin Block
- Smear
- Slide (H&E)
- Pus
- Blood Culture Bottle
- CSF
- Fluid
- BAL
- Sputum
- Urine
- Stool
- Swab
- Others

Other Sample Type / Source : DR

## Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature :  Ambient  Refrigerated  Frozen  
 Date: \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
 Patient ID \_\_\_\_\_ No. of vials/container \_\_\_\_\_

1	2
---	---

Signature of Accession Officer(s)

## Test Name/Test Code

(Please refer to the Directory of Services for correct name and specimen type)

Small Harp  
Ropsy

## Instructions to Laboratory/Clinical Information

## Sent Specimen Information

Temperature :  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode

Total No. of Vials/Container \_\_\_\_\_

## Specimen Collection Information

Date: 26/12/17 Time : \_\_\_\_\_  
 Fasting : Yes  No  Fasting Period : \_\_\_\_\_ Hrs.  
 Collection by : \_\_\_\_\_  
 Urine Volume : \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

[Signature]  
 Patient/Client /Doctor's Signature  
 Date : \_\_\_\_\_

**Patient Consent :** I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates my personal information including but not limited to any condition / disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information, to the extent of the applicable by laws and regulations, will be kept confidential and will not be made publicly available. Further, I authorize the use of the leftover specimens for immediate research and in future research of any kind and at any time in the future. The samples will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulations specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory, patient's identity will remain confidential. I agree to this access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.

**Disclaimer :** For any test/service related complain/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Dehradun, Uttarakhand. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the Test requested.

रोगी सहमति : मैं मोल्क्यु प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है। मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिए आवश्यक है, तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि यह जानकारी उस सीमा तक साझा की जाए जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध ना कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को देबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिए उपलब्ध करवाया था, उसमे से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी और किसी भी समय किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिए उपयोग में ला सकती है। शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाए, जब इसको नष्ट किया जाए तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाए। किसी भी प्रकार के मोल्क्यु प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप में गुप्त रखा जाएगा। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और मेरे बचे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिए उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति : किसी भी जाँच सम्बन्ध शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्क्यु प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते है, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।



# GOBIND HOSPITAL

SOHNA ROAD, BADSHAHPUR, GURGAON  
PH.: 2361194

**Dr. Gajender Singh**  
M.B.B.S., M.S.  
MCI Regd. No. 12407  
Ex. Registrar & Surgeon  
• Medical College Rohtak  
• Maharaja Aggarsen Hospital, Delhi

**Late Dr. Hargobind Yadav**  
BAMS ( FOUNDER)  
EX.-CAPT.  
**Mrs. Dayawati Yadav**  
M.D

**Dr. Sangeeta Yadav**  
M.B.B.S. D.G.O. Ex: H.C.M.S  
MCI Regd. No. 12408  
Formerly At -  
• Haryana Civil Medical Service  
• Kasturba Gandhi Hospital, Delhi

Patient Name..... Mr. Suresh ..... Age/Sex..... 50yr M ..... Weight.....  
Add..... Ref.By.....

सरकार द्वारा मान्यता  
प्राप्त गर्भपात केन्द्र

DOCTORS ON PANEL :

DR. TARUN AGGARWAL  
M.B.B.S D.A.

DR. RAJESH VERMA  
M.S.Ortho Surgeon

DR. NARESH PANDIT  
M.S.Ortho Surgeon

DR. DEEPAK GUPTA  
MBBS M.S.,Mch  
(Neuro Surgeon)

DR. ANURAG KHAITAN  
MBBS M.S.,Mch  
(Urologist)

DR. ASHU VERMA  
M.S.ORTHO.Surgeon

DR. VIVEK SINGH  
MD Paediatrician

Infected cyst back

Excision biopsy

specimen for HPE

DI. GAJENDER SINGH  
M.B.B.S., M.S.  
MCI REGD. No 12407  
CONSULTANT SURGEON  
GOBIND HOSPITAL BADSHAHPUR

General/Laposcopic  
Surgery

- ▶ अपेन्डिक्स, हर्निया, हाईड्रोसिल
- ▶ बवासीर, भगन्दर, गद्दू, पित की थैली की पथरी
- ▶ गुर्दे की पथरी, हड्डी के ऑपरेशन

▶ Ante Natal Check Up

- ▶ डिलीवरी
- ▶ सिजेरियन
- ▶ बच्चादानी का ऑपरेशन
- ▶ निःसंतान दम्पति रोग

- ▶ एक्सरे
- ▶ ईंसीजी
- ▶ लैब
- ▶ Ambulance
- ▶ 24 Hrs. Chemis

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE