



TEST REQUISITION FORM

Patient Details

First Name : MANJU Last Name : _____
 Age : 33y 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 : Gratiana Huss
 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 : DD

Received Specimen Information (For MolQ use only)

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

1 _____ 2 _____

Signature of Accessioning Officer(s)

Test Name/Test Code

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

DAD Serum

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 : 23/01/18 Time : _____
 Fasting : Yes No Fasting Period : _____ Hrs.
 Collection by : AOH
 Urine Volume : _____ ml Hrs _____

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, उससे 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 हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय देहरादून, उत्तराखण्ड है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके दिए अधिकतम फ्लुटकर मूल्य से अधिक नहीं होगा।

 Patient/Client/Doctor's Signature
 Date : _____

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..... *Mangya* Age/Sex..... 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

*No abortion
discharge.
pap smear
1
Syringes*

**General/Laposcopic
Surgery**

- ▶ अपेन्डिक्स, हार्निया, 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

▶ एकसरे

▶ ई0सी0जी0

▶ लैब

▶ **Ambulance**

▶ **24 Hrs. Chemis**

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE