



Unique Identifier

TEST REQUISITION FORM

MR. AJAY KUMAR 35 YRS M
10/01/2025 012501100060

Kriti Hospital
Biopsy
Biopsy-M

11958647

Test Name/Test Code

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

- _____
- _____ medium Biopsy _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Patient Details

First Name MR. AJAY Last Name: KUMAR

Age: 35y. Gender: Male Female

Address: _____ Contact No. _____

E-mail ID: _____

Referred By: _____ Contact No. _____

For Maternal Screening -Date of Birth:-

Weight: _____ kg, Height: _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report _____

Billing Information

Client Name: Kriti Hospital

Client ID: Sec-56

Total Amount _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance/Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Bone Marrow | <input type="checkbox"/> CSF |
| <input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FL/CIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> Tissue Formalin | <input type="checkbox"/> BAL |
| <input type="checkbox"/> W.Blood EDTA | <input type="checkbox"/> Paraffin Block | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> W Blood Fluoride | <input type="checkbox"/> Smear | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> W Blood Heparin | <input type="checkbox"/> Slide (H&E) | <input type="checkbox"/> Stool |
| <input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Swab |
| <input type="checkbox"/> Semen | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |
- Other Sample Type/Source _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature Ambient Refrigerated Frozen

Date: _____ Time: _____

Patient ID: 80 No. of Vials/container: _____

Signature of Accession Officer(s) [Signature]

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Containers</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 10/01/2025 Time: 11:00 AM

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: [Signature]

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 my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information to the extent 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. I agree to the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.

Disclaimer: The sample used for research will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulation specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory Patient's identify will remain confidential. For any test/service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

मैत्री प्रयोगशाला: मैं मोलक्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरे पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के सफलता के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि इस जानकारी का सीमांकन किया जा सकता है जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न करवाई जाए। इसके परभाव में प्रयोगशाला को दोषदायक आवेदन करना है कि जो अपना औषधि के लिये उपलब्ध कराया जा, इसमें से कबे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मेडिकल रिकॉर्ड और कबे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

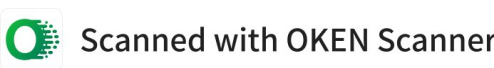
अस्वीकार्यता: शेष नमूने को पूर्ण रूप से अधिकृत किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसकी नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निवृत्त और विलीनता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोलक्यू प्रयोगशाला के प्रकटन में किसी भी किसी तकनीकी त्रुटि को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी औषधि संबंधी लिखावट या जानकारी हेतु आप मोलक्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी समझौते हेतु हमारा मुख्यालय मुद्रागत, हरियाणा है, किसी भी औषधि का नमूना उसके लिए गए अधिकतम समय आरक्षी (फुटकर नमूने) से अधिक नहीं होगा।

MOLQ Laboratory, all associated logos and all associated MOLQ Laboratory makes are the trademarks of Molecular Quest Healthcare Pvt. Ltd. Copyright © 2012. All rights are reserved. For any query reach us at contact@molq.in: Customer care 9999 778 778; Laboratory 0124-4307906

For more info Log on to: www.molq.in

♦ Modern 50 Bedded Hospital ♦ ICU & Ventilator Available ♦ 24 Hrs Emergency & Ambulance Services ♦ Cashless Facilities ♦ ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless ♦ X-Ray, USG, ECG, C.T.C Available ♦ Air Conditioner Single Rooms ♦ Modular Operation Theatre ♦ All Major and Minor Operations ♦ Vaccination ♦ Nebulization ♦ All Blood & Routine Investigation ♦ Air Conditioned Single Rooms ♦ 24 HOURS AMBULANCE SERVICE

Email: kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M: 9811349910



PT NAME → MR ASAY KUMAR

AGE → 37 Y/M

UHID → 12393

DoA → 9/01/25

Specimen → Stomach

Date of surgery → 10/01/25

Diagnosis → Mo,

Consultant → Dr Mohit Chandelari

Surgery NAME → Laproscopy Stomach



FACILITY

- ◆ Modern 50 Bedded Hospital ◆ ICU & Ventilator Available ◆ 24 Hrs Emergency & Ambulance Services ◆ Cashless Facilities For All TPA / Medclaim Patient
- ◆ ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless ◆ X-Ray, USG, ECG, CT.C Available ◆ Air Conditioner Single Rooms ◆ Modular Operation Theatre
- ◆ All Major and Minor Operations ◆ Vaccination ◆ Nebulization ◆ All Blood & Routine Investigation ◆ Air Conditioned Single Rooms ◆ 24 HOURS AMBULANCE SERVICE

Email : kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M : 9811349910





Unique Identifier

MRS. DIJJEET KAUR 51 YRS F
10/01/2025 012501100081
Kriti Hospital
Biopsy 11958648
Biopsy-M

Patient Details

First Name: MRS. DiJjeet Last Name: Kaur
Age: 51y Gender: Male Female
Address: _____
Contact No. _____
E-mail ID: _____
Referred By: _____ Contact No. _____

For Maternal Screening -Date of Birth:- [][][][][][][][][]

Weight: _____ kg, Height: _____ ft _____ inches, LMP _____ Last Ultrasound Report

Billing Information

Client Name: Kriti Hospital
Client ID: Sec 56
Total Amount _____
Amount Received: _____ Receipt No.: _____
Amount Balance /Due: _____
Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Bone Marrow | <input type="checkbox"/> CSF |
| <input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FLICIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> Tissue Formalin | <input type="checkbox"/> BAL |
| <input type="checkbox"/> W.Blood EDTA | <input type="checkbox"/> Paraffin Block | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> W Blood Fluoride | <input type="checkbox"/> Smear | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> W Blood Heparin | <input type="checkbox"/> Slide (H&E) | <input type="checkbox"/> Stool |
| <input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Swab |
| <input type="checkbox"/> Semen | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |

Other Sample Type/Source _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature Ambient Refrigerated Frozen
Date: _____ Time: _____
Patient ID: 81 No. of Vials/container: _____
[Signature]
Signature of Accessioning Officer(s)

TEST INFORMATION FORM

Test Name/Test Code

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

- _____
- Small Biopsy
- _____
- medium
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Coarctation</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 10/01/2025 Time: 11:00 AM
Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
Collection by: [Signature]
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 my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information to the extent 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. I agree to the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.
Disclaimer: The sample used for research will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulation specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory, Patient's Identity will remain confidential. For any test/service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

रोगी सहमति: मैं मोल्क्यू 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 लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ क्योंकि इस जानकारी उस भीखा तब साझा की जाएगी जो कि सामग्री रोगी के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पर्याप्त में प्रयोगशाला को बीमारी अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध करवाया जा, उसमें से सबे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं समझता हूँ कि मेरी वैयक्तिक विवरण और सबे हुए नमूने को वैयक्तिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: जब नमूने को गुप्त रूप से अतिक्रम किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाए, तब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निरास और विनिर्णय का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की किसी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी अन्य सम्बन्धी विवाद या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कबजनी हमारे हेतु हस्ताक्षर, मुद्रा, हस्ताक्षर, हस्ताक्षर है, किसी भी जीव का मूल्य उसके लिए माप अतिक्रमण गम आरपी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date _____ Patient/Client/Doctor's Signature _____



PT NAME → MRS DIJEST

AGE → 51/F

UHID →

DOA → 9/01/15

Specimen → Stomach

Date of surgery → 10/01/15

Diagnosis → MCI

Consultant → DR Mohit Bhandari

Surgery name → Laparoscopy skew gastrotomy



FACILITY

- ◆ Modern 50 Bedded Hospital ◆ ICU & Ventilator Available ◆ 24 Hrs Emergency & Ambulance Services ◆ Cashless Facilities For All TPA / Medclaim Patient
- ◆ ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless ◆ X-Ray, USG, ECG, CT.C Available ◆ Air Conditioner Single Rooms ◆ Modular Operation Theatre
- ◆ All Major and Minor Operations ◆ Vaccination ◆ Nebulization ◆ All Blood & Routine Investigation ◆ Air Conditioned Single Rooms ◆ 24 HOURS AMBULANCE SERVICE

Email : kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M : 9811349910





Unique Identifier

MR GURPREET SINGH SODHI 38 YRS M
10/01/2025 012501100082
Kriti Hospital
Biopsy
Biopsy M
11958646

POSITION FORM

Patient Details

First Name: MR. GURPREET Last Name: SINGH SODHI

Age: 38y Gender: Male Female

Address: _____ Contact No. _____

E-mail ID: _____

Referred By: _____ Contact No. _____

For Maternal Screening -Date of Birth:-

Weight: _____ kg. Height: _____ ft _____ Inches, LMP: _____ Last Ultrasound Report: _____

Billing Information

Client Name: Kriti Hospital

Client ID: Sec-56

Total Amount: _____

Amount Received: _____ Receipt No.: _____

Amount Balance /Due: _____

Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Bone Marrow | <input type="checkbox"/> CSF |
| <input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FL/CIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> Tissue Formalin | <input type="checkbox"/> BAL |
| <input type="checkbox"/> W.Blood EDTA | <input type="checkbox"/> Paraffin Block | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> W Blood Fluoride | <input type="checkbox"/> Smear | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> W Blood Heparin | <input type="checkbox"/> Slide (H&E) | <input type="checkbox"/> Stool |
| <input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Swab |
| <input type="checkbox"/> Semen | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |
- Other Sample Type/Source: _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Date: _____ Time: _____

Patient ID: 88 No. of Vials/container: _____

Signature of Accessioning Officer(s): [Signature]

Test Name/Test Code


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

- _____
- Medium Biopsy
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Container</u>	

Total No. of Vials/Container: 11958646

Specimen Collection Information

Date: 10/01/2025 Time: 11:00 AM

Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.

Collection by: [Signature]

Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

Consent: I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical information to the extent 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 at any time in the future. I agree to the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose. The sample used for research will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulation specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory Patient's Identify will be confidential. For any test/service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is more than MRP of the test requested.

मिति: मे मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ, कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शायक के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी की हालत या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिये आवश्यक है तो मे इसकी अनुमति देता हूँ, यद्यपि इस प्रयोगशाला के प्रकाशन में मेरी किसी जानकारी को अलग हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न कराई जाए। इसके पर्याय में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करना है, कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध है, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कभी भी किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी मोल्यू रिपोर्ट और बचे हुए नमूने को वैधानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सके।

MolQ Laboratory, all associated logos and all associated MOLQ Laboratory makes are the trademarks of Molecular Quest Healthcare Pvt. Ltd. Copyright © 2012. All rights are reserved. For more info Log on to : www.molq.in

Modern 50 Becha Hospital, ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless, All Major and Minor Operations, Vaccination, Nebulization, All Blood & Routine Investigation

Email : kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M : 9811349910

PT NAME → MR GURPREET SINGH

AGE → 38 Y/M

UHID → 12395

DoA → 9/01/25

Specimen → Stomach

Date of Surgery → 10/01/24

Diagnosis → MO,

Consultant → Dr Mohit Bhandari

Surgery NAME → Laproscopy sleeve gastrectomy



FACILITY

- ◆ Modern 50 Bedded Hospital ◆ ICU & Ventilator Available ◆ 24 Hrs Emergency & Ambulance Services ◆ Cashless Facilities For All TPA / Medclaim Patient
- ◆ ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless ◆ X-Ray, USG, ECG, CT.C Available ◆ Air Conditioner Single Rooms ◆ Modular Operation Theatre
- ◆ All Major and Minor Operations ◆ Vaccination ◆ Nebulization ◆ All Blood & Routine Investigation ◆ Air Conditioned Single Rooms ◆ 24 HOURS AMBULANCE SERVICE

Email : kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M : 9811349910

TEST REQUISITION FORM



Unique Identifier

MISS. ITI 27 YRS F
10/01/2025 012501100083
Kriti Hospital
Biopsy 11958645
Biopsy-M

Test Name/Test Code

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

1. _____
2. medium Biopsy
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Patient Details

First Name: Miss ITI Last Name: _____
Age: 27y Gender: Male Female
Address: _____ Contact No. _____
E-mail ID: _____
Referred By: _____ Contact No. _____
For Maternal Screening -Date of Birth:-
Weight: _____ kg. Height: _____ ft _____ Inches. LMP _____ Last Ultrasound Report

Instructions to Laboratory/Clinical Information

Send Specimen Information

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen

Sample / Vial Type	Vial ID Barcode
<u>Conformers</u>	

Total No. of Vials/Container: _____

Specimen Collection Information

Date: 10/01/2025 Time: 11:00 AM
Fasting: Yes No Fasting Period: _____ Hrs.
Collection by: _____
Urine Volume: _____ ml Hrs. _____

Billing Information

Client Name: Kriti Hospital
Client ID: Sev6
Total Amount _____
Amount Received: _____ Receipt No.: _____
Amount Balance /Due: _____
Payment via: Cash Cheque Credit ePlatform

Specimen Type Received (For MolQ use only)

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Bone Marrow | <input type="checkbox"/> CSF |
| <input type="checkbox"/> Plasma: EDTA/FLUCIT | <input type="checkbox"/> FN Aspirate | <input type="checkbox"/> Fluid |
| <input type="checkbox"/> SST | <input type="checkbox"/> Tissue Formalin | <input type="checkbox"/> BAL |
| <input type="checkbox"/> W.Blood EDTA | <input type="checkbox"/> Paraffin Block | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> W Blood Fluoride | <input type="checkbox"/> Smear | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> W Blood Heparin | <input type="checkbox"/> Slide (H&E) | <input type="checkbox"/> Stool |
| <input type="checkbox"/> W. Blood Sodium Citrate | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Swab |
| <input type="checkbox"/> Semen | <input type="checkbox"/> Blood Culture Bottle | <input type="checkbox"/> Others |

Other Sample Type/Source _____

Received Specimen Information (For MolQ use only)

Temperature: Ambient Refrigerated Frozen
Date: _____ Time: _____
Patient ID: 83 No. of Vials/container: _____

Signature of Accessioning Officer(s) _____

Patient Consent: I hereby authorize MolQ Laboratory to use and share with affiliates, my personal information including but not limited to my condition/disease information etc. as may be necessary to perform the test or services etc. Medical records/information to the extent 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. I agree to the access of my medical records and specimen for diagnostic and research purpose.

Disclaimer: The sample used for research will be coded to maintain confidentiality and will be discarded as per the rules and regulation specified as applicable by law. In the event of any publication by MolQ Laboratory, Patient's identify will remain confidential. For any test/service related complaint/query please contact MolQ Laboratory for resolution. In case of any dispute the jurisdiction will be Head Office, Gurugram, Haryana. The financial liability or compensation of any sort is not more than MRP of the test requested.

रोमी सहमति: मैं मोल्यू प्रयोगशाला को अधिकृत करता हूँ कि मेरी पूर्ण व्यक्तिगत जानकारी अपनी किसी भी शाखा के साथ साझा कर सकती है मेरी बीमारी की प्रकृति या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संश्लेषण के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देना हूँ क्योंकि इस जानकारी उस समय तक साझा की जाएगी जो कि कानूनी सीमा के अंतर्गत हो। मेरी इस प्रकार की जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाए और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध न करवाई जाए। इसके परवत मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध कराया जा, उसमें से बचे हुए नमूने को प्रयोगशाला कर्मियों किसी भी समय और किसी भी प्रकार के प्रयोग के लिये उपयोग में ला सकती है। मैं सहमत हूँ कि मेरी वैदिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: जीव नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाए, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निवृत्त और निष्पक्षता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोमी की निजी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी विकास या जानकारी हेतु आप मोल्यू प्रयोगशाला को संपर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी शिकायत हेतु हमारा मुख्यतः मुद्रण, हरियाणा है, किसी भी जीव का मूल्य उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (फुलर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date _____ Patient/Client/Doctor's Signature _____



PT NAME → MRS ITI

AGE → 27 Y/F

UHID

DOA → 09/01/25

Specimen → Stomach

Date of surgery → 10/01/25

Diagnosis → Mo,

Consultant → DR Mohit Bhandari

Surgery NAME → Laproscopy slow gastromy



FACILITY

◆ Modern 50 Bedded Hospital ◆ ICU & Ventilator Available ◆ 24 Hrs Emergency & Ambulance Services ◆ Cashless Facilities For All TPA / Medclaim Patient
◆ ECHS, CGHS, ESI, Ayushman, Haryana Govt. Cashless ◆ X-Ray, USG, ECG, CT.C Available ◆ Air Conditioner Single Rooms ◆ Modular Operation Theatre
◆ All Major and Minor Operations ◆ Vaccination ◆ Nebulization ◆ All Blood & Routine Investigation ◆ Air Conditioned Single Rooms ◆ 24 HOURS ABMULANCE SERVICE

Email : kritihospital@rediffmail.com, 0124-4277567, M : 9811349910

