



Unique Identifier

MR RAJENDER GUPTA 000099 60 YRS M  
10/01/2025 012501100117  
Pushpanjali Hospital (Rewari)  
Biopsy 11969056  
Biopsy-S

### TEST INFORMATION FORM


#### Test Name/Test Code

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

1. \_\_\_\_\_

2. HPE Small

3. \_\_\_\_\_

4.  11969056

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_

#### Instructions to Laboratory/Clinical Information

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Information

1  11969056 Ambient  Refrigerated  Frozen

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

Total No. of Vials/Container: 1

#### Specimen Collection Information

Date: 10/11/25 Time: 10:30

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: \_\_\_\_\_

Urine Volume: \_\_\_\_\_ ml Hrs. \_\_\_\_\_

#### Patient Details

First Name: Rajender Gupta Last Name: 080099

Age: 60M 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: Pushpanjali Rewari

Client ID: \_\_\_\_\_

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: 117 No. of Vials/container: \_\_\_\_\_

	<u>2</u>
---	----------

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 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 यद्यपि इस 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 न कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध करवाया था, 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 मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैदिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

**अस्वीकरण:** शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमना का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारी को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जीव सम्बन्धी शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी दायरे हेतु हमारा मुख्यालय मुद्रांगव, हरियाणा है, किसी भी जीव का मूल्य उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date \_\_\_\_\_ Patient/Client/Doctor's Signature \_\_\_\_\_

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

For any query reach us at contact@molq.in: Customer care 9999 778 778: Laboratory 0124-4307906





Unique Identifier

# TEST REQUEST SUBMISSION FORM

MR KARAN SINGH 023310 61 YRS M  
10/01/2025 012601100115  
Pushpanjali Hospital (Rewari)  
Biopsy  
Biopsy-S  
11969054

## Patient Details

First Name: Karan Singh Last Name: 023310

Age: 61M 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

## Test Name/Test Code

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

- \_\_\_\_\_
- HPE Small
- \_\_\_\_\_
- 
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Instructions to Laboratory/Clinical Information

\_\_\_\_\_

## Billing Information

Client Name: Pushpanjali Rewari

Client ID: \_\_\_\_\_

Total Amount \_\_\_\_\_

Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance /Due: \_\_\_\_\_

Payment via:  Cash  Cheque  Credit  ePlatform

## Information

Ambient  Refrigerated  Frozen

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

## 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 \_\_\_\_\_

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

## Specimen Collection Information

Date: 10/1/25 Time: 10:30

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: \_\_\_\_\_

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

**रोपी 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 जांच या सूचना का खुलासा अगर परीक्षण के संचालन के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ यद्यपि इस जानकारी का उपयोग केवल मेरे चिकित्सा के लिये ही किया जा सकता है। 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 जांच के लिये उपलब्ध कराया जा, 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 मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैज्ञानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

**अस्वीकृति :** शेष नमूने को पूर्ण रूप से अक्षित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोपी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी अन्य सम्बन्धी जानकारी या जानकारी हेतु आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी शिकायत हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उससे दिए गए अतिरिक्त मूल्य आरम्भ (स्टुडर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date \_\_\_\_\_ Patient/Client/Doctor's Signature \_\_\_\_\_






Unique Identifier

# TEST REQUISITION FORM

MS SANGITA KUMARI 08115 39 YRS F  
10/01/2025 012501100114  
Pushpanjali Hospital (Rewari)  
Biopsy  
Biopsy-S 11969057

## Test Name/Test Code

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

1. \_\_\_\_\_
2. HPE Small
3. \_\_\_\_\_
4.  11969057
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

## Patient Details

First Name: Sangita Kumari Last Name: 088115  
Age: 39/F 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: Pushpanjali Rewari

Client ID: \_\_\_\_\_

Total Amount: \_\_\_\_\_

Amount Received: \_\_\_\_\_ Receipt No.: \_\_\_\_\_

Amount Balance /Due: \_\_\_\_\_

Payment via:  Cash  Cheque  Credit  ePlatform

## Instructions to Laboratory/Clinical Information

\_\_\_\_\_

## Send Specimen Information

Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / vial type	Vial ID Barcode
<u>Container</u>	

## 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: 114 No. of Vials/container: \_\_\_\_\_

Signature of Accessioning Officer(s) \_\_\_\_\_

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

## Specimen Collection Information

Date: 10/1/25 Time: 10:30

Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.

Collection by: \_\_\_\_\_

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 complain/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 संवाहन के लिये आवश्यक है तो मैं इसकी अनुमति देता हूँ, यद्यपि इस 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 न कराई जाए। इसके परवाह में प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जाँच के लिये उपलब्ध करवाया था, 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 मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को नैदानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

**स्वीकृति:** शेष नमूने को पूर्ण रूप से अंकित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसको नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से निवम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी तरह के मोल्क्यू प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जाँच सम्बन्धी शिकायत या जानकारी देते हुए आप मोल्क्यू प्रयोगशाला को सम्पर्क सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी झगड़े हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जाँच का मूल्य उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (स्टूडेंट मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date \_\_\_\_\_ Patient/Client/Doctor's Signature \_\_\_\_\_







# TEST REQUISITION FORM

MS KRISHNA DEVI 064659 69 YRS F  
 10/01/2025 012501100118  
 Pushpanjali Hospital (Rewari)  
 Biopsy 11969055  
 Biopsy-S

Unique Identifier

## Patient Details

First Name: Krishna Devi Last Name: 064659  
 Age: 69 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: Pushpanjali Rewari  
 Client ID: \_\_\_\_\_  
 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: 108 No. of Vials/container: \_\_\_\_\_

[Signature]  
 Signature of Accessioning Officer(s)

## Test Name/Test Code

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

- \_\_\_\_\_
- HPE Small
- \_\_\_\_\_
- 
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Instructions to Laboratory/Clinical Information

## Information

Patient  Ambient  Refrigerated  Frozen

Sample / vial type	Vial ID Barcode
<u>Center</u>	

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

## Specimen Collection Information

Date: 10/1/25 Time: 10:30  
 Fasting: Yes  No  Fasting Period: \_\_\_\_\_ Hrs.  
 Collection by: \_\_\_\_\_  
 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 nay 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

रोगी सहमत है: मैं मोल्क 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 यद्यपि इस 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 न कराई जाए। इसके पश्चात मैं प्रयोगशाला को दोबारा अधिकृत करता हूँ कि जो नमूना जीव के लिये उपलब्ध कराया था, 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 मेडिकल रिकॉर्ड और बचे हुए नमूने को वैधानिक प्रयोग और किसी भी प्रकार के अनुसंधान के लिये उपयोग में लिया जा सकता है।

अस्वीकृति: शेष नमूने को पूर्ण रूप से अक्षित किया जाए और गुप्त रूप से रखा जाएगा, जब इसके नष्ट किया जाएगा तो पूर्ण रूप से नियम और विनियमता का उपयोग किया जाएगा। किसी भी प्रकार के मोल्क प्रयोगशाला के प्रकाशन में रोगी की निजी जानकारियों को पूर्ण रूप से गुप्त रखा जाएगा। किसी भी जांच सम्बन्धी शिकायत या जानकारी हेतु आप मोल्क प्रयोगशाला को सम्पर्क कर सकते हैं, किसी भी प्रकार की कानूनी दायरे हेतु हमारा मुख्यालय गुडगांव, हरियाणा है, किसी भी जांच का मूल्य उसके लिए गए अधिकतम एम आरपी (फुटकर मूल्य) से अधिक नहीं होगा।

Date \_\_\_\_\_ Patient/Client/Doctor's Signature \_\_\_\_\_