



آغا خان یونیورسٹی ہسپتال، کراچی

The Aga Khan University Hospital, Karachi

Stadium Road, P.O. Box 3500, Karachi 74800, Pakistan.
Tel: +92 21 3493 0051; Fax: +92 21 3493 4294, 3493 2095

Health Information Management Services

REQUEST FOR COPIES OF INVESTIGATION

NOTE:

**If you have a payment receipt for Outpatient investigation(s),
you do not require to fill in this request form**

DATE: _____

PATIENT'S NAME: _____ MEDICAL RECORD NO: _____
(appears on white plastic card)

REPORTS REQUIRED: _____

PATIENT'S SIGNATURE: _____ REQUESTER CONTACT NO. _____

AUTHORIZED SIGNATURE: _____ NAME AND RELATIONSHIP WITH PATIENT: _____
(other than patient)

(FOR DEPARTMENTAL USE ONLY)

DATE / TIME RECEIVED: _____ DATE / TIME CALLED: _____

ADVANCE RECEIVED: _____ INITIAL: _____

AKUH 0382/HIMS 003	April 2015	Rev. # 02
--------------------	------------	-----------

A Unit of The Aga Khan Hospital and Medical College Foundation; Licensed under Section 42 of the Companies Ordinance, 1984; Registered Office: Stadium Road, P. O. Box 3500, Karachi 74800, Pakistan
ICN # 218240

آغا خان یونیورسٹی ہسپتال، کراچی

The Aga Khan University Hospital, Karachi

Stadium Road, P.O. Box 3500, Karachi 74800, Pakistan.
Tel: +92 21 3493 0051; Fax: +92 21 3493 4294, 3493 2095



رپورٹوں کی کاپی کیلئے درخواست

نوٹ:

اگر آپ کے پاس ادائیگی کی رسید موجود ہے تو خارجی مریض کی حیثیت سے
متعلقہ رپورٹوں کیلئے درخواست فارم بھرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

تاریخ

مریض کا نام: _____ میڈیکل ریکارڈ نمبر: _____
(سفید کارڈ پر درج شدہ)

مطلوبہ رپورٹیں: _____

مریض کے دستخط: _____ درخواست دہندہ کا رابطہ نمبر: _____

بااختیار فرد کے دستخط: _____ نام اور مریض کے ساتھ رشتہ: _____

صرف دفتری استعمال کیلئے

درخواست کی تاریخ / وقت: _____ وصولی کی تاریخ / وقت: _____

پیشگی وصولی: _____ دستخط: _____