



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

July 2025

Rev. # 03

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 و وقت: \_\_\_\_\_ وصولی کی تاریخ و وقت: \_\_\_\_\_

پیشگی وصولی: \_\_\_\_\_ دستخط: \_\_\_\_\_