

(ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز) (Health Information Management Services)

درخواست برائے کلینیکل سمری (Clinical Summary) ڈسچارج سمری (Discharge Summary) لیب رپورٹ (Labs Report) / ایل کی تفصیل (Detail of Bill) / ایل کی تصدیق (Bill Verification)

فارم - ڈی (Form-D)

_____	:	Date/ تاریخ
_____	:	میڈیکل ریکارڈ نمبر (Medical Record #)
_____	:	مریض کا نام (Patient's Name)
_____	:	تاریخ داخلہ (Date of Admission)
_____	:	تاریخ اخراج (Date of Discharge)
_____	:	درخواست کنندہ کا نام (Name of Applicant)
_____	:	مریض سے رشتہ (Relationship with the Patient)
_____	:	فون نمبر (Contact #)
_____	:	نوعیت (Type)
_____ (Private) / _____ (Company)	:	کمپنی
_____	:	ڈاکٹر کا نام (Doctor's Name)
_____	:	وارڈ (Ward)
_____	:	وجہ درخواست (Reason for Summary)
_____	:	درخواست کنندہ کے دستخط (Applicant's Signature)

نوٹ: (Please Note)

- 1۔ مریض یا مریض کے قریبی افراد درخواست جمع کروانے اور مطلوبہ دستاویز وصول کرنے کے مجاز ہوں گے۔
(Only Patient or immediate relative is authorized to submit the application form or collect the reports)
- 2۔ درخواست فارم کے ہمراہ ۳۰۰ روپے جمع کروانا لازمی ہے۔۔۔ (Application form must be submitted along with the processing fees of Rs 300/-)
- 3۔ رپورٹ تھیں نہ ہونے کی صورت میں ۳ تا ۷ دن کے بعد جاری کر دی جائے گی۔ (Reports will be issued after 3 to 7 days)
- 4۔ اپنا مطلوبہ ریکارڈ ۲۵ دن کے اندر وصول کر لیں بصورت دیگر (HIMS) اس ریکارڈ کا ذمہ دار نہ ہوگا اور نئی درخواست جمع کرانی ہوگی۔ (Please receive your requested record in 45 days otherwise new request have to be submitted.)

صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

_____ (cash slip #) کیش سلپ نمبر	وصول کنندہ رپورٹ (Reports Received by)	وصول کنندہ درخواست (Application received by)
رقم (Amount): _____ روپے	دستخط (Signature): _____	دستخط (Signature): _____
_____	تاریخ / Date: _____	تاریخ / Date: _____

رسید (Receipt)

برائے مہربانی رپورٹ کلینیکل سمری / ڈسچارج سمری / نسخہ / لیب رپورٹ / ایل کی تفصیل حاصل کیجئے۔ رپورٹ کی وصولی کے لئے یہ پرچی اپنے ساتھ لائیں۔

(Please Collect the report applied for M.R # _____ on _____. Please bring this slip with you for collection of

/Clinical Summary/Discharge Summary/Prescription/Labs Report/Detail of Bill

مریض کا نام (Patient's Name) _____

وصول کنندہ درخواست (Application Received By) _____ دستخط (signature): _____ تاریخ / Date: _____

لیاقت ہسپتال، ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز ڈیپارٹمنٹ، فون نمبر ۰۲۱-۳۴۱۲۰۸۹