

مریض کی تصویر

زھرہ شفیع فری ہسپتال فاؤنڈیشن

ذکوۃ کے مستحق مریض کا رجسٹریشن فارم



رجسٹریشن کوڈ

مریض کی پرسنل انفارمیشن

مریض کا نام:	والد / خاوند کا نام:	عمر:	
پیشہ:	ماہانہ آمدن:	فون نمبر:	
شناختی کارڈ نمبر:	رہائش:	زاتی / جدی / کرایہ دار کا کرایہ	
مکمل پتہ:			
شادی شدہ	غیر شادی شدہ	بچوں کی تعداد	مسلم غیر مسلم
بیماری کی نوعیت:	جنرل	شوگر	سانس
	هیپاٹائٹس ^C	هیپاٹائٹس ^B	بلڈ پریشر

میں حلفیہ بیان کرتا / کرتی ہوں کہ اس ہر طرح کے علاج و معاج کی / کا ذمہ دار میں خد ہوں گا - کسی بھی ریکشن یا طبیعت خراب ہونے کی صورت میں عملہ یا ڈاکٹر ذمہ دار نہیں ہونگے۔

مریض دستخط / انگوٹھا	ضمانتی کے دستخط / انگوٹھا
----------------------	---------------------------

میں حلفیہ بیان کرتا / کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا بیان اور اندراجات درست ہیں۔ اور درخواست گزار ذکوۃ کا / کی مستحق ہے۔

تصدیق کنندہ: امام مسجد / سکول ٹیچر / کونسلر	فون نمبر
---	----------

انکوائری بلاک (دفتری استعمال کے لیے)

مریض کی ہسٹری:

فائل نمبر:

دستخط ایڈمن

دستخط انکوائری سٹاف

