

TEST REQUISITION FORM

Please fill this form and hand over at the time of registration.

தயவு செய்து இப்படிவத்தை பூர்த்தி செய்து, பதிவு செய்யும் பொழுது அளிக்கவும்

Full Name (In Capital) : Baby / Ms / Master / Mrs / Mr / Dr
முழு பெயர்

I N D U S H A L I N I

Date of Birth
பிறந்த தேதி

30 4 1990
DD MM YYYY
தேதி மாதம் வருடம்

Telephone No.
தொலைபேசி எண்

9444149324
9042737647

First Visit
முதல் வருகை

☒ Yes
ஆம்

☐ No
இல்லை

E-MAIL ID
(IN CAPITAL)

indushalini@gmail.com

If No, please mention your PID

3605408

இல்லை எனில் உங்கள் அடையாள எண் குறிப்பிடவும்

Doctor's Name
மருத்துவர் பெயர்

Dr. VASANTHI

Test Detail(s)

CBC
UTR - for your pregnancy
TSH
Hb Ag
R.P.R
U/R

And Hiv S/D

Please Provide details of Relevant History / Previous investigation if any.

Date: 26/3/15

Signature: J. Indushalini

FOR OFFICE USE ONLY

SID No:

Total Amount:

1760

Amount Paid:

Report due on:

14/903630/31

LISTER

METROPOLIS
The Pathology Specialist

INNER HEALTH REVEALED

Lister Metropolis Laboratory
(Division of Metropolis Healthcare Ltd.)

Central Laboratory : #3, Jagannathan Road,
Nungambakam, Chennai - 600 034. Tel. : +91-44-4292 5555

Tambaram Laboratory : #15, Gandhi Road,
Tambaram West, Chennai - 600 045.

Email: listerchennai@metropolisindia.com | Website: www.metropolisindia.com