



**GOVERNMENT OF PAKISTAN  
ISLAMABAD HEALTHCARE REGULATORY  
AUTHORITY (IHRA)**



Ministry of NHR&C  
DMLC Building (PRCS), 2nd & 3rd Floor,  
Sufi Tabassum Road, H-8/2, Islamabad.  
Phone: (92-51) 9250375-6

## مریضوں کی شکایت کا فارم

براہ مہربانی نوٹ کریں

اتھارٹی آپ کا نام اور آپ کی شکایت کی تفصیلات صحت کی فراہمی کے ادارے کو فراہم کرنے کا اختیار رکھتی ہے جس کے خلاف آپ اپنی شکایت کر رہے ہیں اس شکایت کو درج کر کے، آپ IHRA کو اختیار دے رہے ہیں کہ وہ اس معاملے سے متعلق تمام ریکارڈ تک مکمل رسائی حاصل کرے۔

### ہدایات

براہ کرم فارم کو مکمل پُر کریں۔ اس شکایت فارم کے ساتھ منسلک حلف نامے کے نمونہ کو اتھارٹی سے تصدیق شدہ اسٹام پیپر پر درج کر کے جمع کروائیں۔

اگر آپ کو فارم پُر کرنے کے لئے مدد کی ضرورت ہے یا آپ کو کسی قسم کی معلومات کی ضرورت ہے تو، براہ کرم فون پر IHRA کو کال کریں (9250383)-051

شکایت کنندہ کی تفصیلات

نام: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CNIC نمبر: \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_



تحصیل: \_\_\_\_\_

موبائل نمبر: \_\_\_\_\_ ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_

فیکس: \_\_\_\_\_ ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_

کیا آپ مریض / مؤکل ہیں جن کو صحت کی خدمت / علاج ملا؟

جی ہاں

نہیں

گر نہیں تو ، براہ کرم ذکر کریں:

مریض / مؤکل کے ساتھ آپ کا کیا رشتہ ہے؟

\_\_\_\_\_

کیا مریض / مؤکل زندہ ہے؟

جی ہاں

نہیں

کیا مریض / مؤکل معذور ہے یا اسے مدد کی ضرورت ہے؟

جی ہاں

نہیں

مریض / مؤکل کی تفصیلات جو صحت کی خدمت حاصل کرتے ہیں

نام: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CNIC نمبر: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ پتہ \_\_\_\_\_



ضلع: \_\_\_\_\_ تحصیل: \_\_\_\_\_ پوسٹ کوڈ: \_\_\_\_\_

موبائل نمبر: \_\_\_\_\_ ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_

فیکس: \_\_\_\_\_ ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_

**ہیلتھ کیئر اسٹیبلشمنٹ (ایچ سی ای) کی تفصیلات**

ایچ سی ای / اس جگہ کا نام جہاں صحت کی سہولت فراہم کی گئی تھی:

پتہ

ٹیلیفون: \_\_\_\_\_ فیکس: \_\_\_\_\_

ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_

ایڈمنسٹریٹر / انچارج / ایچ سی ای کے نام: \_\_\_\_\_

موبائل: \_\_\_\_\_

جن افراد کے بارے میں آپ شکایت کرنا چاہتے ہیں ان کے نام / عہدہ:

---

---

---

---





علاج کے نتیجے میں مریض / مؤکل کو ہونے والے نقصان کی نوعیت کیا ہے؟

- موت
- بے ہوشی
- انتہائی جسمانی درد ،
- طویل اور واضح تغیر پزیر
- جسمانی ممبر ، اعضاء ، یا دماغی فیکلٹی کے کام کی خرابی یا عارضی نقصان۔
- جسمانی چوٹ جس میں موت کا کافی خطرہ ہوتا ہے ،
- جسمانی فعل کا مستقل نقصان
- دیگر

آپ کو اس مسئلے کے بارے میں کب پتہ چلا جس کے نتیجے میں آپ کی شکایت ہے؟

برائے کرم تاریخ کا ذکر کریں۔

---

---

---

---

---

آپ کو کمیشن سے خصوصی درخواست کیا ہے؟

---

---



کیا آپ نے اس معاملے کے بارے میں ایچ سی ای کے انچارج سے شکایت کی ہے؟

جی ہاں

نہیں

اگر ہاں ، تو نتیجہ کیا نکلا؟ براہ کرم متعلقہ دستاویزات منسلک کریں۔

---

---

---

---

---

کیا آپ نے بھی اسی معاملے میں کسی اور تنظیم کو شکایت کی ہے؟

جی ہاں

نہیں

اگر ہاں تو ، اس تاریخ کا ذکر کریں جس پر آپ نے شکایت کی تھی اور اس کا نتیجہ کیا ہے؟ براہ کرم متعلقہ دستاویزات منسلک کریں۔

---

---

---

---

---

اپنی دستاویزات کے ساتھ ان دستاویزات کی کاپیاں منسلک کریں

1. حلف نامہ



2. CNIC کی کاپی

3. مریض / مؤکل کی کاپی CNIC

4. میڈیکل ریکارڈ؛ اگر کوئی

5. رسیدیں؛ اگر کوئی

6. متعلقہ ہیلتھ کیئر اسٹبلشمنٹ ، ہیلتھ کیئر سروس فراہم کرنے والے یا دیگر حکام کے ساتھ خط و کتابت ، اگر کوئی ہے؛ اور

شکایت کی حمایت میں دیگر متعلقہ دستاویزات

**براہ کرم اس پتے پر اپنی شکایت اور معاون مواد بھیجیں**

(IHRA) اسلام آباد ہیلتھ کیئر ریگولیٹری اتھارٹی  
دوسری اور تیسری منزل ، ڈی ایم ایل سی بلڈنگ (پی آر سی ایس)  
H-8/2, Islamabad

**رازداری کا بیان**

اسلام آباد ہیلتھ کیئر ریگولیٹری اتھارٹی ایکٹ 2018 کے تحت اپنے فرائض انجام دینے کے علاوہ آپ کے ذریعہ فراہم کردہ کسی بھی معلومات کا انکشاف نہیں کرے گا۔

**یہاں دستخط کریں**

انگوٹھے کا نشان \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_