

P. D. HINDUJA NATIONAL HOSPITAL & MEDICAL RESEARCH CENTRE

(Established and managed by the National Health & Education Society)



VEER SAVARKAR MARG, MAHIM, MUMBAI-400 016, INDIA • PHONE: 2445 1515, 2445 2222, 24449199 • FAX: 2444 9151

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

(To be filled in English)

HH NO.

(To be filled by hospital staff)

If the patient has a Hinduja Hospital (HH) card number (taken in OPD/Health Check up/Casualty/Admission) please DO NOT fill this form, kindly inform the counter staff to find your HH number.

Date : 20

NAME :

LAST (SURNAME)

FIRST

MIDDLE

DATE OF BIRTH:

____/____/____
dd mm yy

AGE: _____

YEAR/MONTH/DAY

MARRIED / SINGLE MALE / FEMALE OCCUPATION _____

RESI. ADDRESS:

PIN CODE:

TEL. NO.:

RES : _____ OFFICE : _____ FAX : _____

E.MAIL:

_____ MOBILE: _____

RESPONSIBLE PERSON DETAILS

RELATION :

FATHER/ MOTHER/ HUSBAND/ WIFE/ OTHERS _____

LAST NAME

FIRST NAME

MIDDLE NAME

CONSULTANT/DOCTOR NAME: _____

REFERRING DOCTOR'S NAME: _____

I understand that my medical record will be destroyed 3 years after my last visit to this hospital.

SIGNATURE: _____

NAME: _____

સામાન્ય સંમતિ

- હોસ્પિટલ દ્વારા નક્કી કરવામાં આવ્યા મુજબ દર્દી તપાસ, સંશોધન અને સારવાર કરાવે તથા તેના નિર્ધારિત દરો, નિયમો અને ધારાઓને બંધાઈને પણ રહે તે માટે હું/અમે સંમતિ આપીએ છીએ (રજીસ્ટ્રેશન કાઉન્ટર પર ઉપલબ્ધ).
- સંબંધિત તબીબી સ્થિતિને કારણે હું નિર્ણય લઈ ન શકું તો હું શ્રી/કુ. _____ ને મારા તરફથી નિર્ણય લેવાની સત્તા આપું છું.
- હું સમજું છું કે મારે મારો ચિકિત્સકીય ઇતિહાસ અને અન્ય સંબંધિત માહિતી સ્વાસ્થ્યસંભાળ પ્રદાતા ટીમને જાહેર કરવી પડશે જે રોગના નિયમન માટે જરૂરી છે.
- મને સંપૂર્ણપણે ખ્યાલ છે કે ડોક્ટરની મુનસફી પર અપેક્ષિત સમયગાળા ઉપરાંત તબીબી સારવાર લંબાવવામાં આવી શકે છે.
- જો કેડિટ/વીમા કંપની/ટીપીએ દ્વારા મારી નાણાકીય કેડિટની સ્થિતિ વિવાદાસ્પદ બતાવવામાં આવતી હોય તો હું હોસ્પિટલમાં રજા આપવાની તારીખે આખરી બિલ ચૂકવવાની જવાબદારી લઉં છું. નક્કી કરેલાં સમયની અંદર જે મધ્યવર્તી બિલો ઊભા કરવામાં આવ્યા હોય તેની સામે પણ ચૂકવણી કરવાની જવાબદારી હું લઉં છું.
- મારી રજા માટે ડોક્ટરની મુનસફીને આખરી ગણવામાં આવવી જોઈએ. બિલ ચૂકવવામાં ન આવે તેવા/ડોક્ટરની મુનસફીનાં કિસ્સામાં આપની હોસ્પિટલમાંથી અન્ય હોસ્પિટલ/નર્સિંગ હોમમાં બદલી કરવા માટે હું સંમતિ આપું છું.
- હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં ઉપરોક્ત બાબત વાંચી છે અને તેની વિગતો સમજું છું. હું વધુમાં કંઈક કરું છું કે મને પ્રશ્નો પૂછવાની તક આપવામાં આવી છે અને મારા બધાં પ્રશ્નોનાં સંપૂર્ણપણે તથા મને સંતોષ થાય તે રીતે જવાબો આપવામાં આવ્યા છે.

દર્દી

સૌથી નજીકનાં સંબંધી/ સાથે હાજર હોય તેવી વ્યક્તિ (સંબંધ જણાવો)
(દર્દી સહી કરવાની સ્થિતિમાં ન હોય તો ભરવાનું રહેશે)

નામ: _____

સહી: _____

તારીખ: _____

દર્દી ઓળખ: _____