

**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
dd mm yy

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: _____

साधारण सहमति

- मैं/हम मरीज पर अस्पताल के निर्णय के अनुसार परीक्षा, जाँच और उपचार करने हेतु सहमत हूँ/हैं और प्रभारों, नियमों एवं शर्तों की इसकी अनुसूची (रजिस्ट्रेशन काउंटर पर उपलब्ध) का पालन करने के लिए भी सहमत हूँ/हैं.
- मैं संबंधित चिकित्सीय दशा के कारण निर्णय लेने में अपनी अक्षमता के चलते अपनी ओर से निर्णय लेने के लिए श्री/सुश्री _____ को प्राधिकृत करता/करती हूँ.
- मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे अपना चिकित्सीय इतिहास और अन्य संबंधित जानकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता टीम के समक्ष प्रकट करनी होगी जो मेरे रोग के नियंत्रण के लिए आवश्यक है.
- मुझे पूरी तरह से पता है कि चिकित्सीय उपचार डॉक्टर की इच्छा पर अपेक्षित अवधि से आगे विस्तारित किया जा सकता है.
- यदि क्रेडिट/बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा मेरी आर्थिक क्षमता पर विवाद किया जाता है तो मैं डिस्चार्ज करने के लिए मान्य करता/करती हूँ और साथ ही निर्दिष्ट समय के भीतर दिए गए अंतरिम बिलों का भुगतान करने के लिए भी सहमत हूँ.
- मेरे डिस्चार्ज के लिए डॉक्टर की इच्छा को अंतिम माना जाएगा. मैं बिल का भुगतान नहीं करने के मामले में/डॉक्टर की इच्छा के अनुसार आपके अस्पताल से अन्य अस्पताल/नर्सिंग होम में स्थानांतरण हेतु सहमत हूँ.
- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त घटकों को पढ़ा व समझा है. मैं घोषित करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का मौका दिया गया है और मेरे सभी प्रश्नों का पूर्ण उत्तर मुझे संतोषजनक रूप से दिया गया है.

मरीज

निकट संबंधी/साथी व्यक्ति (रिश्ते का उल्लेख करें)
(मरीज हस्ताक्षर करने की स्थिति में नहीं होने पर भरे जाने हेतु)

नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____

रोगी पहचान: _____