

**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: _____

सर्वसामान्य संमति

- मी/आम्ही रुग्णालयाने ठरविल्यानुसार रुग्णाची तपासणी, चाचण्या आणि उपचार केले जाण्यास सहमत आहोत आणि त्यांचे शुल्क, नियम व अटी ह्यांचे पत्रक (नोंदणी काउंटरवर उपलब्ध आहे) ह्याचे बंधन पाळण्यास सहमत आहोत.
- मी श्री/श्रीमती _____ ह्यांना, मला संबंधित वैद्यकीय स्थितीमुळे जर माझा स्वतःचा निर्णय घेता येत नसेल तर माझ्या वतीने तसे करण्याचे अधिकार देत आहे.
- मला माहित आहे की रोगाच्या व्यवस्थापनासाठी आवश्यक असलेला माझा चिकित्सीय इतिहास आणि इतर संबंधित माहिती मला मला आरोग्यसेवा पुरविणाऱ्या संघाला उघड करून सांगायची लागेल.
- मला संपूर्णपणे जाणीव आहे की डॉक्टरांच्या निर्णयानुसार वैद्यकीय उपचार अपेक्षित कालावधी पेक्षा अधिक काळ चालू शकतील.
- क्रेडिट/विमा कंपनी/टीपीए द्वारा जर माझ्या आर्थिक स्थितीविषयी वाद निर्माण झाला तर रुग्णालयातून सोडले जाण्याच्या दिवशी शेवटचे बिल भरण्याचे मी मान्य करत आहे. निश्चित करण्यात आलेल्या वेळी सादर करण्यात आलेले मध्यावदी बिलाचे पैसे भरण्याचे देखिल मी मान्य करत आहे.
- मला घरी सोडण्यासाठी डॉक्टरांचा निर्णय अंतिम समजला जाईल. बिल न भरल्यास /डॉक्टरांच्या निर्णयानुसार मला तुमच्या रुग्णालयातून दुसऱ्या रुग्णालयात/नर्सिंग होममध्ये हलविले जाण्यास मी अनुमति देत आहे.
- मी प्रमाणित करत आहे की मी वरील माहिती वाचली आहे आणि त्यातील मसुदा मला समजला आहे. मी अधिक नमूद करत आहे की मला प्रश्न विचारण्याची संधी देण्यात आली आहे आणि माझ्या सर्व प्रश्नांची संपूर्ण आणि माझे समाधान होईल अशा प्रकारे उत्तरे देण्यात आली आहेत.

रुग्ण

जवळचा नातेवाईक/सोबत आलेली व्यक्ती (नाते नमूद करा)
(रुग्णाची स्थिती स्वाक्षरी करता येण्यासारखी नसेल तर भरावे)

नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _____

रुग्णाची ओळख: _____