



साधारण सहमति

- मैं/हम मरीज अस्पताल के निर्णय के अनुसार परीक्षा, जाँच और उपचार करने हेतु सहमत हूँ/हैं और प्रभारों, नियमों एवं शर्तों का पालन करने के लिए भी सहमत हूँ/हैं। (इसकी अनुसूची रजिस्ट्रेशन काउंचर पर उपलब्ध है)।
- 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 के निर्णयानुसार अपेक्षित अवधि से आगे विस्तारित किया जा सकता है।
- मुझे पता है, हॉस्पिटल की ओर से, मेरे सारे कागजाद हॉस्पिटल को अंतिम भेट के 3 वर्ष पश्चात नष्ट किये जायेंगे।
- 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 साथही निर्दिष्ट समय के भीतर दिए अंतरिम बिलों को भुगतान करने के लिए भी सहमत हूँ।
- मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने उपरोक्त घटकों को पढ़ा वसमझा 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।

निकट संबंधी/साथी व्यक्ति(रिश्ते का उल्लेख करें)

(मरिज हस्ताक्षर करने की स्थिति में नहीं होने पर भरे जाने हेतु)

HH No. [] [Registration Number] मरिज

नाम : _____

हस्ताक्षर : _____

दिनांक : _____

रोगी की पहचान _____

सर्वसामान्य संमति

- मी/आम्ही रुग्णालयाने ठरविल्यानुसार रुग्णांची तपासणी, चाचण्या आणि उपचार केले जाण्यास सहमत आहोत आणि त्यांचे शुल्क, नियम व अटी ह्यांचे बंधन पाळण्यास सहमत आहोत. (ह्याचे पत्रक नोंदणी काउंचरवर उपलब्ध आहे)
- 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 आरोग्यसेवा पुरविणाऱ्या संघाला उघड करून सांगायी लागेल.
- मला संपूर्णपणे जाणीव आहे की डॉक्टरांच्या निर्णयानुसार वैद्यकीय उपचार अपेक्षित कालावधी पेक्षा अधिक काळ चालू शकतील.
- मला माहित आहे की, हॉस्पिटलतर्फे, माझे सर्व कागदपत्र, हॉस्पिटलला शेवटच्या भेटीच्या 3 वर्षांनंतर नष्ट करण्यात येतील.
- 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 देखील मी मान्य करत आहे.
- मी प्रमाणित करत आहे की मी वरील माहिती वाचली आहे आणि त्यातील मसुदा मला समजला आहे. मी अधिक नमुद 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.

जवळचा नातेवाईक /सोबत आलेली व्यक्ती (नाते नमूद करा)

(रुग्णाची स्थिती स्वाक्षरी करता येण्यासारखी नसेल तर भरावे)

HH No. [] [Registration Number] रुग्ण

नाव : _____

स्वाक्षरी : _____

तारीख : _____

रुग्णाची ओळख _____

सामान्य संमति

- हॉस्पिटल द्वारा नकी करवायां आल्या मुजब दर्दा तपास, संशोधन अने सारवार करावे तथा तेना निर्धारित दर्दो, नियमो अने धाराओने बंधाईने पण रडे ते माटे हूं/अमे संमति आपीअे छीमे (रजिस्ट्रेशन काउंचरपर उपलब्ध)
- संबंधित तबीबी स्थितिने कारणे हूं निर्णय लई न शई तो हूं श्री/डु. _____ ने मारा तरइथी निर्णय लेवानी सत्ता आपुं हूं.
- हूं समजूं छे डे मारो सिडित्सीय इतिहास अने अन्य संबंधित माडिती स्वास्थ्यसंभाण प्रदाता टीमने जाडीर करवी पउसे जे रोगना नियमन माटे जइरी छे.
- मने संपूर्णपणे ज्वाल छे डे डॉक्टर मुनसडी पर अपेक्षित समयगाणा उपरांत तबीबी सारवार आपवामां आवी शडे छे.
- हॉस्पिटल द्वारा मारा तबीबी इस्तावेजे मारी अंतिम मुलाकातना त्रण वर्ष पछी नष्ट करवामां आवेशे तेनी मने ज्ञाण छे.
- जे डेडिट/बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा मारी नाणांडीय डेडिटनी स्थिति विवादस्पद अताववामां आवती छे तो हूं हॉस्पिटलमां रज आपवानी तारीभे आपरी बिल युडववानी जवाबदारी लई हूं. नकी करेला समयनी अंदर जे मशवर्ती बिलो छीमा करवामां आल्या छे तेनी साथे पण युडववानी जवाबदारी हूं लई हूं.
- हूं प्रमाणित कइं हूं डे मे उपरोक्त बाबत वांथी छे अने तेनी विगतो समजूं हूं. हूं वधुमां कथन कइं हूं डे मने प्रशो पूछवानी तक आपवामां आवी छे अने मारा बधां प्रशोनां संपूर्णपणे तथा मने संतोष थाय ते रीते जवाबो आपवामां आल्या छे.

सौथी नजुकनां संबंधी/साथे छाजर छेय तेवी व्यक्ति (संबंध जशावो)

(दर्दा सडी करवानी स्थितिमां न छेय तो भरवानुं रडेई)

HH No. [] [Registration Number] दर्दा

नाम : _____

सडी : _____

तारीख : _____

दर्दानी ओणप _____