



NEW PATIENT REGISTRATION FORM

0275/DPD/MRD/2014



(To be filled in English with Black ink in Capital Letters)

If the patient has a Hinduja Hospital (HH) number, please DO NOT fill this form. Please provide this number at the counter or kindly enquire

Date HH No.: (To be filled by Hospital staff)

Name TITLE (Mr./Ms./Dr.etc) LAST (SURNAME) FIRST NAME MIDDLE NAME

Date of Birth Age: Years Months Days

Marital Status Married Single Widowed Divorced

Gender Male Female Others

Occupation Religion:

Resi. Address

City / Town Pin / Zip Code:

State Country :

Nationality

Tel. No.(Res.) Office :

(STD/ISD Code) (STD/ISD Code)

Mobile 1 Mobile 2 :

Email-Id

Responsible Person / Kin Details

Relation Father Mother Husband Wife Other

Name TITLE (Mr./Ms./Dr.etc) LAST (SURNAME) FIRST NAME MIDDLE NAME

Contact No.

Emergency Contact No.

Doctor's Details

Doctor's Name

Referring Doctor's Name

Referring Doctor's Contact Number

General Consent

- I/We agree for the patient to undergo examination, investigation & treatment as decided by the hospital & also to abide by its schedule of charges, rules & regulation. (available at registration counter)
- I authorize Mr./ Ms. _____ to take decision on my behalf in case of my inability to do so due to associated medical condition.
- I understand that I have disclosed my clinical history & other relevant information to the healthcare provider team required for the management of my disease.
- I am fully aware that the medical treatment may be extended beyond the expected period at the discretion of the doctor.
- I understand my medical record will be destroyed 3 years after my last visit to this hospital.
- If my financial credit status is disputed by credit/insurance company/TPA, I undertake to settle the final bill on the date of discharge. I also undertake to make payment against interim bills raised within stipulated time.
- I certify that I read above & understand the contents. I further state that I have been given an opportunity to ask questions which have been answered fully & to my satisfaction.

Signature _____

Patient:

Responsible Person:

साधारण सहमति

- मैं/हम मरीज अस्पताल के निर्णय के अनुसार परीक्षा, जाँच और उपचार करने हेतु सहमत हूँ/हैं और प्रमारों, नियमों एवं शर्तों का पालन करने के लिए भी सहमत हूँ/हैं। (इसकी अनुसूची रजिस्ट्रेशन कार्ड 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 कागजात 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 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।

HH No. [] [Registration Number] मरिज

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

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 कार्डवर 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 मध्यावधी 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.

HH No. [] [Registration Number] रुग्ण

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

नाव : _____

स्वाक्षरी : _____

तारीख : _____

रुग्णाची ओळख _____

सामान्य संमति

- हॉस्पिटल द्वारा नक्षी करवामां आल्या मुजुब दर्दा तपास, संशोधन अने सारवार करावे तथा तेना निर्धारित दर्दो, निषणो अने धाराओने बंधाईने पण अने ते माटे हुं/अने संमति आपीअे छीये (रजिस्ट्रेशन कार्डवर उपलब्ध)
- संबंधित तबीबी स्थितिने कारछे हुं निर्णय लई न शकुं तो हुं शी/हुं. _____ ने मारा तरइथी निर्णय लेवानी सत्ता आयुं छे.
- हुं समजुं छे के मारो चिकित्सीय इतिहास अने अन्य संबंधित माहिती स्वास्थ्यसंस्था प्रदाता टीमने जाहीर करवी पडसे के रोगना निषमन माटे जरूरी छे.
- मने संपूर्णपछे प्याव छे के डॉक्टर मुनसखी पर अपेक्षित समयग्या उपरोक्त तबीबी सारवार आपवामां आवी शके छे.
- हॉस्पिटल द्वारा मारा तबीबी हस्तावेछे मारी अंतिम मुलाकातना त्रश वर्ष पछी नष्ट करवामां आवसे तेनी मने ज्ञास छे.
- जे क्रेडिट/बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा मारी नाशांडीय क्रेडिटनी स्थिति विवादस्पद भताववामां आवती होय तो हुं हॉस्पिटलमां रज आपवानी तारीअे आपरी बिल युक्तवानी जवाबदारी लई छे. नक्षी करेला समयनी अंदर जे मजबुती बिलो छीला करवामां आल्या होय तेनी साथे पण युक्तवणी करवानी जवाबदारी हुं लई छे.
- हुं प्रमाणित कहुं छे के में उपरोक्त बाबत वांची छे अने तेनी विगतो समजुं छे. हुं वुधुमां कथन कहुं छे के मने प्रश्नो पूछवानी तक आपवामां आवी छे अने मारा अधां प्रश्नां संपूर्णपछे तथा मने संतोष थाय ते रीते जवाओ आपवामां आल्या छे.

HH No. [] [Registration Number] दर्दा

सौधी नछकनां संबंधी/साथे साजर होय तेवी व्यक्ति (संबंध जशावो)
(दर्दा सही करवानी स्थितिमां न होय तो भरवानुं रडेई)

नाम : _____

सही : _____

तारीख : _____

दर्दांनी ओळख _____