P. D. HINDUJA NATIONAL HOSPITAL AND MEDICAL RESEARCH CENTRE
(Established and managed by the National Health & Education Society)
Veer Savarkar Marg, Mahim, Mumbai- 400 016. Tel: 2444 9199, 2445 1515, 2445 2222 Fax-2444 9151

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

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

0275/OPD/MRD/2009

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 D D M M 2 0 Y Y **HH No.:** (To be filled by Hospital staff)

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

Date of Birth D D M M Y Y Y Y **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.) (STD/ISD Code) **Office :** (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

1. 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)
2. I authorize Mr./ Ms. ______________________________ to take decision on my behalf in case of my inability to do so due to associated medical condition.
3. I understand that I have disclosed my clinical history & other relevant information to the healthcare provider team required for the management of my disease.
4. I am fully aware that the medical treatment may be extended beyond the expected period at the discretion of the doctor.
5. I understand my medical record will be destroyed 3 years after my last visit to this hospital.
6. 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.
7. 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:** ☐

HH CONFIDENTIAL:

PTO for: साधारण सहमति/ सर्वसामान्य संमति સામાન્ય સંમતિ

साधारण सहमति

१. मै/हम मरीज पर अस्पताल के निर्णय के अनुसार परिक्षा, जाँच और उपचार करने हेतु सहमत हूँ/है और प्रभारों, नियमो एवं शर्तो का पालन करने के लिए भी सहमत हूँ/है। (इसकी अनुसूची रजिस्ट्रेशन काउंटर पर उपलब्ध है।)

२. मै सबंधित 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।

३. मै 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।

४. मुझे पूरी तरह से पता है कि चिकित्सीय उपचार डॉक्टर के निर्णयानुसार अपेक्षित अवधि से आगे विस्तारित किया जा सकता है।

५. मुझे पता है, हॉस्पिटल की ओर से, मेरे सारे कागज़ात हॉस्पिटल को अंतिम भेट के ३ वर्ष पश्चात नष्ट किये जायेंगे।

६. यदि क्रेडिट/बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा मेरी आर्थिक क्षमता पर विवाद किया जाता है तो मै डिस्चार्ज करने के लिए मान्य करता/करती हूँ और साथ ही निर्दिष्ट समय के भीतर दिए अंतरिम बिलो को भुगतान करने के लिए भी सहमत हूँ।

७. मै प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैने उपरोक्त घटको को पढ़ा व समझा है। मै घोषित करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का मौका दिया गया है और मेरे सभी प्रश्नों का पूर्ण उत्तर मुझे संतोषजनक रुप 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

१. मी/आम्ही रूग्णालयाने ठरविल्यानुसार रूग्णांची तपासणी, चाचण्या आणि उपचार केले जाण्यास सहमत आहोत आणि त्यांचे शुल्क, नियम व अटी ह्यांचे ह्याचे बंधन पाळण्यास सहमत आहोत. (ह्याचे पत्रक नोंदणी काउंटरवर उपलब्ध आहे)

२. मी श्री/श्रीमती ________ ह्यांना, मला संबंधित वैद्यकीय स्थितीमुळे जर माझा स्वत:चा निर्णय घेता येत नसेल तर माझ्या वतीने तसे करण्याचे अधिकार देत आहे.

३. मला माहित आहे की रोगाच्या व्यवस्थापनासाठी आवश्यक असलेला माझा चिकित्सिय इतिहास आणि इतर संबंधित माहिती मला आरोग्यसेवा पुरविणाऱ्या संघाला उघड करून सांगावी लागेल.

४. मला संपूर्णपणे जाणीव आहे की डॉक्टरांच्या निर्णयानुसार वैद्यकीय उपचार अपेक्षित कालावधी पेक्षा अधिक काळ चालु शकतील.

५. मला माहीत आहे की, हॉस्पिटलतर्फे, माझे सर्व कागदपत्र, हॉस्पिटलला शेवटच्या भेटीच्या ३ वर्षा नंतर नष्ट करण्यात येतील.

६. क्रेडिट/विमा कंपनी/टीपीए द्वारा जर माझ्या आर्थीक स्थितीविषयी वाद निर्माण झाला तर रूग्णालयातुन 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.

७. 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: ________

સામાન્ય સંમતિ

૧. હોસ્પિટલ દ્વારા નક્કી કરવામાં આવ્યા મુજબ દર્દી તપાસ, સંશોધન અને સારવાર કરાવે તથા તેના નિર્ધારિત દરો, નિયમો અને ધારાઓને બંધાઇને પણ રહે તે માટે હું/અમે સંમતિ આપીએ છીયે (રજીસ્ટ્રેશન કાઉન્ટર પર ઉપલબ્ધ)

૨. સંબંધિત તબીબી સ્થિતિને કારણે હું નિર્ણય લઈ ન શકું તો હું શ્રી/કુ. ________ ને મારા તરફથી નિર્ણય લેવાની સત્તા આપું છું.

૩. હું સમજું છું કે મારો સિકિત્સીય ઈતિહાસ અને અન્ય સંબંધિત માહિતી સ્વાસ્થ્યસંભાળ પ્રદાતા ટીમને જાહીર કરવી પડસે જે રોગના નિયમન માટે જરૂરી છે.

૪. મને સંપૂર્ણપણે ખ્યાલ છે કે ડૉક્ટરની મુનસફી પર અપેક્ષિત સમયગાળા ઉપરાંત તબીબી સારવાર આપવામાં આવી શકે છે.

૫. હોસ્પિટલ દ્વારા મારા તબીબી હસ્તાવેજો મારી અંતિમ મુલાકાતના ત્રણ વર્ષ પછી નષ્ટ કરવામાં આવશે તેની મને જાણ છે.

૬ જો ક્રેડિટ/વીમા કંપની/ટીપીએ દ્વારા મારી નાણાંકીય ક્રેડિટની સ્થિતિ વિવાદસ્પદ બતાવવામાં આવતી હોય તો હું હૉસ્પિટલમાં રજા આપવાની તારીખે આખરી બિલ ચૂકવવાની જવાબદારી લઉં છું. નક્કી કરેલા સમયની અંદર જે મધ્યવર્તી બિલો ઊભા કરવામાં આવ્યા હોય તેની સામે પણ ચૂકવણી કરવાની જવાબદારી હું લઉ છું.

૭. હું પ્રમાણિત કરૂં છું કે મેં ઉપરોક્ત બાબત વાંચી છે અને તેની વિગતો સમજું છું. હું વધુમાં કથન 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.

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

HH No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ [Registration Number] દર્દી

નામઃ ________ ________

સહીઃ ________ ________

તારીખઃ ________ દર્દીની ઓળખઃ ________