



New Registration Form

Booking No :

Have you registered before in this hospital ? ☐ Yes ☐ No. If yes Register No. :

Department / Doctor to be consulted :

Are you being referred from any other hospital ☐ Yes ☐ No. If yes mention below

Doctor.....Hospital.....

Personal Information

*Name of the patient (In Block Letters) :

*Male ☐ *Female ☐ *Other ☐ *Date of Birth *Age :

Marital Status : Aadhar No :

Name of the Father/ Husband / Guardian :

Occupation : Nationality :

Contact Details

Present Address

Pincode:.....

Permanent Address

Pincode:.....

* Mobile number : * Email id :

Emergency Contact Details

Contact Person :Relationship:Mob No :

Note: If patient is pregnant please mention the name of husband :

General Consent for Treatment

I.....(Name of the person giving the consent) seeking medical care and medical treatment at TMM Hospital and agree to accept services which may diagnose a medical condition and grant permission to do procedure to treat my illness and to provide me with the care needed. I understand that these services will be provided to me by the treating doctors and other health care providers. I understand that my consent to accept these services will remain in effect unless I say that I no longer require these services or until the treatment is completed. I understand that my consent to accept these services is termed as General Consent and that it includes any routine procedure (S) or treatment (S), such as blood drawing, physical examination, administration of medication (S), use of local anaesthesia and other non-invasive procedures as applicable. I understand that I should not bring valuables to the hospital and that the hospital will not be responsible for the loss, destruction or theft of my personal property. I assume full responsibility for all my personal items and release the hospital from responsibility and liability for such personal items and valuables.

Patient / Relative Name :Relationship.....Sign.....Date.....

For Office Purpose :

Staff Name.....Emp. No.....Signature.....



രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോം

ബുക്കിംഗ് നമ്പർ :

നിങ്ങൾ ഈ ആശുപത്രിയിൽ മുൻപ് രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ രജിസ്റ്റർ നമ്പർ :

കാണേണ്ട വിഭാഗം/ ഡോക്ടർ :

നിങ്ങളെ മറ്റേതെങ്കിലും ആശുപത്രിയിൽ നിന്ന് റഫർ ചെയ്തതാണോ? ☐ ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല. ഉണ്ടെങ്കിൽ

ഡോക്ടറിന്റെ പേര്.....ആശുപത്രിയുടെ പേര്.....

വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ

*രോഗിയുടെ പേര് :

*പുരുഷൻ ☐ *സ്ത്രീ ☐ *മറ്റുള്ളവ ☐ *ജനന തീയതി

DD

MM

YYYY

 *വയസ്സ് :

വിവാഹ പദവി :

അവിവാഹിത / ന്

വിവാഹിത / ന്

മറ്റുള്ളവ

 ആധാർ നമ്പർ :

പിതാവിന്റെ / ഭർത്താവിന്റെ / രക്ഷാകർത്താവിന്റെ പേര് :

ജോലി:..... ദേശീയത:

***ബന്ധപ്പെടേണ്ട മേൽവിലാസം**

ഇപ്പോഴത്തെ മേൽവിലാസം

Pincode:.....

സ്ഥിരമായ മേൽവിലാസം

Pincode:.....

*മൊബൈൽ നമ്പർ :*ഇ-മെയിൽ :

അടിയന്തിര ഘട്ടങ്ങളിൽ

വിളിക്കേണ്ട വ്യക്തിയുടെ പേര് :ബന്ധം:മൊബൈൽ നമ്പർ :

നോട്ട് : രോഗി ഗർഭിണി ആണെങ്കിൽ ഭർത്താവിന്റെ പേര് നൽകേണ്ടതാണ് :

ചികിത്സക്കുള്ള സമ്മതപത്രം

.....(സമ്മതം നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്) എന്ന ഞാൻ TMM ഹോസ്പിറ്റലിൽ വൈദ്യ പരിചരണവും ചികിത്സയും തേടുന്നു. എന്റെ രോഗാവസ്ഥ കണ്ടുപിടിക്കാൻ ആവശ്യമായ സേവനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുവാനും എന്റെ അസുഖത്തെ ചികിത്സിക്കുവാനും സുഖപ്പെടുത്തുവാനും ആവശ്യമായ പരിചരണം ഏർപ്പെടുത്തുവാനുമുള്ള നടപടികളെക്കുറിച്ചുള്ള അനുമതി ഇതിനാൽ TMM ആശുപത്രിയ്ക്കു നൽകുന്നു. ചികിത്സിക്കുന്ന ഡോക്ടർമാരും മറ്റ് ആരോഗ്യ പരിരക്ഷാ സംവിധാനങ്ങളും ഈ സേവനങ്ങൾ എനിക്ക് നൽകുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എനിക്ക് ഈ സേവനങ്ങൾ ആവശ്യമില്ലാതാകുന്നതുവരെയോ അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സ പൂർത്തിയാകുന്നതുവരെയോ ഈ സേവനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കാനുള്ള എന്റെ സമ്മതം പ്രാബല്യത്തിൽ തുടരുന്നെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. ഈ സേവനങ്ങൾ സ്വീകരിക്കുന്നതിനുള്ള എന്റെ സമ്മതത്തെ പൊതുവായ സമ്മതം എന്ന് വിളിക്കുന്നുവെന്നും അതിൽ രക്തം പരിശോധിക്കൽ, ശാരീരിക പരിശോധന, മരുന്നുകളുടെ ഉപയോഗം, ലോക്കൽ അനസ്തേഷ്യയുടെ ഉപയോഗം എന്നിവ പോലുള്ള ഏതെങ്കിലും പതിവ് നടപടികളെക്കുറിച്ചുള്ള അല്ലെങ്കിൽ ചികിത്സകൾ ഉൾപ്പെടുന്നുവെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

ഞാൻ ആശുപത്രിയിൽ വിലപിടിപ്പുള്ള സാധനങ്ങൾ കൊണ്ടുവരുന്നതെന്നും എന്റെ സ്വകാര്യ സ്വത്തുക്കൾ നഷ്ടപ്പെടുന്നതിനോ നശിപ്പിക്കുന്നതിനോ മോഷ്ടിക്കപ്പെടുന്നതിനോ ആശുപത്രി ഉത്തരവാദിയായിരിക്കില്ലെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. എന്റെ എല്ലാ വ്യക്തിഗത വസ്തുക്കളുടെയും പൂർണ്ണ ഉത്തരവാദിത്തം ഞാൻ ഏറ്റെടുക്കുകയും അത്തരം വ്യക്തിഗത വസ്തുക്കളുടെയും വിലപിടിപ്പുള്ള വസ്തുക്കളുടെയും ഉത്തരവാദിത്തത്തിൽ നിന്നും ബാധ്യതയിൽ നിന്നും ആശുപത്രിയെ മോചിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

രോഗിയുടെ / ബന്ധുവിന്റെ പേര് :രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം :ഒപ്പ് :തീയതി :

ഓഫീസ് ആവശ്യങ്ങൾക്ക് മാത്രം

സ്റ്റാഫിന്റെ പേര് :Emp. No :ഒപ്പ് :