

**Patient's Case History**  
(स्वास्थ्य साधक विवरणिका)



Patient Name: <b>Mr. Joginder Pal Raheja</b>	
Father/Husband Name: <b>Dharam Chand Raheja</b>	Blood Group: <b>O+ve</b>
Gender: <b>Male</b>	Date of Birth: <b>05/02/1955</b>
Age: <b>69 yrs 3 month 1 day</b>	Mobile: <b>7082875875</b>
Alternate Contact No. <b>7082875875</b>	Email: <b>gauravraheja123@gmail.com</b>
ID Proof: <b>Aadhaar (UID)</b>	ID Proof Details: <b>743975697027</b>
Admission Date <b>25/05/2024</b>	Discharge Date: <b>28/05/2024</b>

**Address**

Country <b>India</b>	State: <b>Punjab</b>
----------------------	----------------------

Address: \_\_\_\_\_

City: <b>Mohali</b>	ZIP/Postal Code: <b>140603</b>
---------------------	--------------------------------

**Main Complaints**

Present Complaints & Duration: **Treatment**

Past History Regarding Diseases & Treatment: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

**Diagnosis**

Diagnosis: \_\_\_\_\_

**Personal History Details**

**(A) Sleep**

Time To Sleep: _____	Time To Rise: _____
----------------------	---------------------

Total Sleeping Time: _____	Sleeping Type: _____
----------------------------	----------------------

<b>(B) Food Type:</b> _____	<b>(C) Food Chewing Habit:</b> _____
-----------------------------	--------------------------------------

<b>(D) Taste Of Mouth:</b> _____	<b>(E) Bowel Habbit:</b> _____
----------------------------------	--------------------------------

<b>(F) Habbit/Addiction:</b> _____	<b>(G) Mental Status:</b> _____
------------------------------------	---------------------------------

Marital Status: \_\_\_\_\_

Breakfast Timing And Details:

Pre-Lunch:

Lunch Timing And Details:

Post Lunch And Pre Dinner Details:

Dinner Timing And Details:

Sexual Weakness, If Any:

Fatigue/Weakness, If Any:

Regular Exercise Or Yoga, If Any:

Working Hours:

Mode Of Work:

Other Details:

General Physical Examination

Pallor:

Oedema:

Cyanosis:

Lymphadinopathy:

Eye:

Ear:

Clubbing:

Lips:

Hair:

Hair/Head:

Throat/Neck:

Teeth/Gums:

Nostrils:

Mouth/Face:

Genitals:

Vital Data- Progress Report

Systemic Examination

Cardio Vascular System:

Respiratory System:

Per Abdominal Examination:

Central Nervous System:

Renal System:

Locomotor System:

Reproductive System:

## स्वास्थ्य साधक की सेवा ही हमारी प्रार्थना है (Health Seeker's Cure and Care is Our Prayer)

### भर्ती होने के नियम तथा शर्तें (Terms and Condition for admission)

- रोगी को भर्ती तथा डिस्चार्ज करने का अधिकार प्रबंधन के पास सुरक्षित है।  
The management reserves the right of admission or discharge of any patient without any reason whatsoever.
- चिकित्सक की इजाजत के बिना किसी प्रकार की दवा या चिकित्सा पद्धति का प्रयोग नहीं करें।  
No patient is allowed to take any medicine during his/her stay without the doctor permission.
- पतंजलि योगपीठ हरिद्वार द्वारा प्रदत्त भोजन से अलावा कोला, चाय, कॉफी, शराब, तम्बाकू, पान मसाला तथा अन्य व्यसन एवं किसी प्रकार का बाहर से लाया गया आहार खाना सख्त निषेध है।  
Consumption of alcoholic beverages, cola, tea, coffee, tobacco, pan masala in any form food items other than the food provided by "Patanjali Yogpeeth, Haridwar are strictly prohibited.
- आपके रोग ठीक होने एवं उपचार की सफलता निर्देशित उपचारात्मक आहार निसर्गोपचार, योग के समस्त कार्यक्रमों में सप्रसन्न भाग लेने पर निर्भर है। आपकी सेवा हमारी प्रार्थना है। जीवनी शक्ति, उपचार के लिए समय, इच्छाशक्ति, त्याग तथा विश्वास पर प्राकृतिक चिकित्सा की सफलता निर्भर करता है।  
The success of treatment depends on strict adherence to the prescribed diet, Naturopathy, Group therapy and yoga.  
Though our institution involvements is 100% result depend upon the patient's inherent vital power, time period, will power, sacrifice and confidence. Always remember confidence is half the cure. Patient's cure & care are our prayer".
- रोगी को परिपूर्ण स्वस्थ होने के लिए समय ज्यादा देना चाहिए। कम से कम सात दिन तो रूकना ही चाहिए। आकस्मिक स्थिति में जाना पड़ जाये तो जितने दिन भर्ती रहे हैं, उतने दिन का शुल्क देना ही होगा इसके अतिरिक्त जितने दिन का पैकेज लिया है पैकेज के समस्त शुल्क देय होंगे।  
To have the lasting advantage of naturopathy, patient must stay for the entire period of treatment in their interest and the minimum recommended stay is for 7 days however in case they have to leave the institute due to any emergency, charges will be levied for the actual period of stay plus three day's or the remaining days of packaged period, which ever is less.

### स्वास्थ्य साधक / रोगी का शपथ-पत्र

मैं श्रीमान/श्रीमती / सुश्री **Joginder Pal Raheja** ने यहाँ के नियम शर्तें कायदे कानून को पढ़ एवं जान लिया है, भलिभांति परिचित हो गया / गयी हूँ। मैं पतंजलि योगपीठ हरिद्वार के समस्त नियमों कार्यक्रमों एवं अनुशासन का पालन करने के लिए बाध्य हूँ। मैं विश्वास दिलाता / दिलाती हूँ कि अनुशासन पालन में किसी प्रकार की त्रुटि नहीं होगी। इस उपचार से होने वाले लाभ-हानि से भलिभांति परिचित हो गयी / गया हूँ। मैं अपनी स्वेच्छा से यहाँ भर्ती हूँ। उपचार के दौरान अचानक किसी प्रकार की दुर्घटना जन्य आकस्मिक स्थिति पैदा होने पर उपर्युक्त उपचार लेने हेतु मुझे किसी योग्य चिकित्सा संस्थान में भेजा जा सकता है, किसी प्रकार की आकस्मिकता या दुर्घटना अथवा दुष्प्रभाव के लिए संस्थान की जिम्मेवारी नहीं होगी।

I **Joginder Pal Raheja** have read and understood the terms and condition mentioned herein the patient's "Code of Conduct booklet and those on the brochure. I accept the same and solemnly under take to abide by the rules & conventions of "Patanjali Yogpeeth, Haridwar faithfully. I have understood the risks and possible benefits of the treatment and I opt the treatment on my accord. In the event of any complication, adverse reaction during the course of treatment, the management reserves the right to shift/refer me to any suitable medical institution for necessary treatment. The centre/ management is not liable, if suffer from any causality complication-adverse reaction.

चिकित्सक का हस्ताक्षर  
(Doctor's Signature)

**Joginder Pal Raheja**  
स्वास्थ्य साधक का हस्ताक्षर  
(Health Seeker's Name & Signature)