



Informed Consent

Information about Patient

Name: wedsix

Age: 5 yrs 8 month 6 day

Attendant Name:

MR No.: 23020812560613

Diagnosis:

Attendant Mob:

Doctor Name:

Address: haridwar, Uttarakhand,

Phone No.: 7302034233

Relationship with the patient, if any Scheduled date of Procedure.08-02-2023
 स्वास्थ्य साधक के साथ संबंध, यदि कोई हो प्रक्रिया की निर्धारित तिथि 08-02-2023

Name of the proposed treatment: Yoga/Ayurveda/Naturopathy/Medicated Diet/Fasting/Physiotherapy/Yagna Therapy
 योग, आयुर्वेद, नेचुरोपैथी, डाइट, फास्टिंग, फिजियोथेरेपी, यज्ञ थेरेपी

The undersigned do hereby state and confirm as follows:

अधोहस्ताक्षरी एतद्वारा निम्नानुसार बताते हैं और पुष्टि करते हैं:

1. I have been accepting the following in terms and language that I understand.....

मैं अपनी समझ में आने वाले शब्दों और भाषा में निम्नलिखित स्वीकार कर रहा हूँ:

2. I have been explained, been provided requisite information: I have understood and there after I consent, authorize and direct the above named doctor-in-charge and his/her team with associates therapists/assistants of his/her choice of perform the proposed procedure mentioned here in above.

मुझे समझाया गया है तथा अपेक्षित जानकारी प्रदान की गई है: मैं समझ गया हूँ और उसके बाद मैं अपनी सहमति देता हूँ, उपरोक्त नामित डॉक्टर-प्रभारी और उनकी टीम के सहयोगी चिकित्सक/सहायकों के साथ उनकी पसंद के उपचार के लिए अधिकृत और निर्देशित करता हूँ (यहां ऊपर वर्णित प्रस्तावित प्रक्रिया के लिए)।

3. I have been explained and have understood that due to unforeseen circumstances during the course of the proposed treatment/procedure something more or different that what has been originally planned and for which I have been giving this consent may have to be performed or shifted or suitable.

मुझे समझाया गया है और मैं समझ गया हूँ कि प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के दौरान अप्रत्याशित परिस्थितियों के कारण कुछ अधिक या अलग, मूल रूप से चिकित्सा की व्यवस्था बनाई गई है और उसके लिए मैं यह सहमति दे रहा हूँ तथा साथ ही उसे करना या स्थानांतरित करना पड़ सकता है या उपयुक्त दोनों सम्भावनाएँ हैं जोकि मुझे स्वीकृत है।

4. I have been explained and have understood the alternative methods and therapies of the proposed treatment/procedure, their respective benefits, material risk and disadvantages. मुझे समझाया गया है: प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के वैकल्पिक तरीकों और उपचारों, उनके संबंधित लाभों, भौतिक जोखिम और नुकसान को मुझे बताया गया है।

5. I have been explain and understood that the proposed treatment/procedure has certain material risk/complications and I have been provided with the requisite information about the same. I have also been explained and have understood that there are other undefined and unanticipated, unexplainable risk/complications may occur during or after the proposed treatment/procedure.

मुझे समझाया गया है और मैं समझ गया हूँ कि प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया में कुछ महत्वपूर्ण जोखिम/जटिलताएँ हैं और मुझे इसके बारे में आवश्यक जानकारी प्रदान की गई है। मुझे यह भी समझाया गया है और मैं समझ गया हूँ कि प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के दौरान या बाद में अन्य अपरिभाषित और अप्रत्याशित, अस्पष्टीकृत जोखिम/जटिलताएँ भी हो सकती हैं।

6. I state that doctor-in-charge has answered all my questions to my satisfactions regarding the proposed treatment/procedure.

मैं कहता हूँ कि प्रभारी चिकित्सक ने प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के संबंध में मेरे सभी प्रश्नों के संतोषजनक उत्तर दिए हैं।

7. I have been explained and have understood that despite the best efforts there can be no assurance about the result of proposed treatment/procedure. I further state and confirm that I have not been given any guarantee or warranty about the results of proposed treatment/procedure.

मुझे समझाया गया है और मैं समझ गया हूँ कि सर्वोत्तम प्रयासों के बावजूद प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के परिणाम के बारे में कोई आश्वासन नहीं दिया जा सकता है। मैं आगे बताता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि मुझे प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के परिणामों के बारे में कोई गारंटी या वारंटी नहीं दी गई है।

8. I have been explained and have understood that despite all precautions, complications may occur that may even result in death of serious disability.

मुझे समझाया गया है और मैं समझ गया हूँ कि सभी सावधानियों के बावजूद, जटिलताएँ हो सकती हैं जिसके परिणामस्वरूप गंभीर विकलांगता एवं मृत्यु भी हो सकती है।

9. I have been advised of the opinion to take a second opinion from another doctor regarding the proposed treatment/procedure.

मुझे प्रस्तावित उपचार/प्रक्रिया के संबंध में किसी अन्य चिकित्सक से दूसरी राय लेने की सलाह भी दी गई है।

10. I state that after explaining, counseling and disclosures I had been given enough time to take decision for giving consent.

मैं बताना चाहता हूँ कि: समझाने, परामर्श और खुलासे के बाद मुझे सहमति देने के लिए और निर्णय लेने के लिए पर्याप्त समय दिया गया था।

11. I have signed this consent voluntarily out of my free will and without any kind of pressure or coercion

मैंने इस सहमति पत्र पर अपनी स्वतंत्र इच्छा से और बिना किसी प्रकार के दबाव के एवं स्वेच्छा से हस्ताक्षर किए हैं।

Declaration

Imyself/ guardian of..... age
..... Son/Daughter/Wife/Husband/Relative

मैं..... मैं/ अभिभावक..... उम्र
..... बेटा/बेटी/पत्नी/पति/रिश्तेदार

I hereby give my permission to Patanjali Yogpeeth Nyas (Patanjali Yogpeeth Haridwar) to do all the investigation and treatment to me/my patient as per conditions.

मैं एतद्वारा पतंजलि योगपीठ न्यास (पतंजलि योगपीठ हरिद्वार) को मेरी/मेरे स्वास्थ्य साधक की शर्तों के अनुसार सभी जांच और उपचार करने की अनुमति देता हूं।

I hereby also declare that if any complication occurs during/after treatment, none of the doctors or staff of the hospital is responsible for it. In any case of any emergency, hospital (Patanjali Wellness - Patanjali Yogpeeth Nyas) can shift the patient to any other specialty hospital.

मैं एतद्वारा यह भी घोषणा करता हूं कि यदि उपचार के दौरान/बाद में कोई जटिलता उत्पन्न होती है, तो इसके लिए अस्पताल का कोई भी डॉक्टर या स्टाफ जिम्मेदार नहीं होगा। किसी भी आपात स्थिति में अस्पताल, स्वास्थ्य साधक को किसी अन्य स्पेशलिटी अस्पताल में शिफ्ट कर सकता है।

Attendant (as per request and charges may applicable) would be provided by Patanjali Wellness, but attendant is not the part of patanjali wellness staff and attendant would also not responsible for any casualty..

अटेंडेंट (अनुरोध करने पर मिलेगा और शुल्क लागू हो सकता है) पतंजलि वेलनेस द्वारा प्रदान किया जाएगा, लेकिन अटेंडेंट पतंजलि वेलनेस स्टाफ का हिस्सा नहीं है और अटेंडेंट भी किसी हताहत के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।

With my full consciousness I give my full permission to the hospital authorities to perform any procedure to improve the condition of my patient.

मैं अपनी पूरी चेतना के साथ अस्पताल के अधिकारियों को अपने स्वास्थ्य साधक की स्थिति में सुधार के लिए कोई भी प्रक्रिया करने की पूरी अनुमति देता हूं।

I will provide all the materials (medicines and oils also) used during the treatment to the hospital authorities and if I will be not able to do then hospital authorities will not be responsible for any harm caused to the patient.

मैं उपचार के दौरान उपयोग की जाने वाली सभी सामग्री (सभी औषधियां एवं तेल) अस्पताल के अधिकारियों को उपलब्ध कराऊंगा और अगर मैं ऐसा नहीं कर पाऊंगा तो अस्पताल के अधिकारी स्वास्थ्य साधक को हुए किसी भी नुकसान के लिए जिम्मेदार नहीं होंगे।

I set free all the authorities from any risk and I am giving my consent after reading/ listening all the above mentioned information's in my own language.

मैंने सभी अधिकारियों को किसी भी जोखिम से मुक्त कर दिया है और मैं उपरोक्त सभी सूचनाओं को अपनी भाषा में पढ़ने/सुनने के बाद अपनी सहमति दे रहा हूं।

I have undergone the COVID-19 RT-PCR test & TB test and got my report negative (I have got COVID vaccine/I am COVID vaccinated).

मैंने COVID-19 RT-PCR टेस्ट करवाया है (TB टेस्ट भी) और मेरी रिपोर्ट नेगेटिव आई है (मैंने कोविड का टीका लगवा लिया है)।

Attendant Name:

Attendant Aadhar No.:

Attendant Mobile No.:

Terms and Condition for Admission

1. The management reserves the right of admission or discharge of any patient without any reason whatsoever.

स्वास्थ्य साधक को भर्ती तथा डिस्चार्ज करने का अधिकार प्रबंधन के पास सुरक्षित है।

2. No patient is allowed to take any medicine during his/her stay without the doctor permission.

चिकित्सक की अनुमति के बिना किसी प्रकार की दवा या चिकित्सा पद्धति का प्रयोग नहीं करें।

3. Consumption of alcoholic beverages, cola, tea, coffee, tobacco, pan masala in any form food items, other than the food provided by "Patanjali Yogpeeth Nyas (food and diet prescribed by the doctor)" are strictly prohibited.

कोला, चाय, कॉफी, शराब, तंबाकू, पान मसाला तथा अन्य व्यसन एवं किसी प्रकार का बाहर से लाया गया आहार खाना सख्त निषेध है। (स्वास्थ्य साधक केवल उसी खाने का सेवन करेगा जो उसको डॉक्टर प्रिस्क्राइब करेगा।)

4. The success of treatment depends on strict adherence to the prescribe diet, Naturopathy, Group Therapy and Yoga. Though our institution involvements are 100%, result depends on 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".

आपके रोग ठीक होने एवं उपचार की सफलता निर्देशित उपचारात्मक आहार, निसर्गोपचार, आयुर्वेद एवं योग के समस्त कार्यक्रमों में सप्रसन्न भाग लेने पर निर्भर है। आपकी सेवा हमारी प्रार्थना है। जीवन शक्ति, उपचार के लिए समय, इच्छाशक्ति, त्याग तथा विश्वास पर समन्वित चिकित्सा (इंटीग्रेटेड ट्रीटमेंट) की सफलता निर्भर करती है।

5. 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 10 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 days of the remaining days of packaged period, whichever is less

स्वास्थ्य साधक को परिपूर्ण स्वस्थ होने के लिए समय ज्यादा देना चाहिए। कम से कम 10 दिनों तक तो रुकना ही चाहिए। आकस्मिक स्थिति में जाना पड़ जाए 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।

Health Seeker/Patient Affidavit

I Mr. /Mrs. /Ms..... 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 undertake to abide by the rules and conventions of "Patanjali Yogpeeth Nyas" 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 casualty complication adverse reaction.

मैं श्रीमान/श्रीमती/सुश्री..... ने यहां के नियम शर्तें कायदे, कानून को पढ़ एवं जान लिया है, एवं मैं भली भांति परिचित हो गया हूं हो गया हूं/गई हूं । मैं पतंजलि योगपीठ न्यास (पतंजलि योगपीठ हरिद्वार) के समस्त नियमों कार्यक्रमों एवं अनुशासन का पालन करने के लिए प्रतिबद्ध हूं । मैं विश्वास दिलाता/दिताती हूं कि अनुशासन पालन में किसी प्रकार की त्रुटि नहीं होगी । इस उपचार से होने वाले लाभ-हानि से भलीभांति परिचित हो गई/गया हूं । मैं अपनी स्वेच्छा से यहां भर्ती हूं । उपचार के दौरान अचानक किसी प्रकार की दुर्घटना या अन्य 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 जिम्मेदारी नहीं होगी ।

Date and Time of giving consent.....12-02-2023 , 7:50 AM
सहमति देने की तिथि और समय.....12-02-2023 , 7:50 AM

Admitting Doctor Signature:

Signature of Patient:

Signature of Attendant:

Mob. Of Attendant:

Address of Attendant: