

Unique Hospital

A.UNIT OF :-S.H.C. & R.C.

335,Jawahar Marg Indore-2(MP) Ph. 0731-2534124

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------|----|-------------|-----------|------------|--------------------|
| UHID No | 76965 | IPD Form | | | | IPD No. | UH/2021/0935 |
| Month No | L/58 | Mediclaime | No | MLC | No | DOA | 11/12/2020 07:11PM |
| Patient Name | MAST EKAKSH INANI S/O MR. PRAVESH JI INANI | | | | | | |
| Age & Sex | 0 Y 6 M 0 D Male | DOB | | Religion | Hindu | Occupation | |
| Address | 11/1 CHATRI BAAG | Police Thana | | DOD | | Time | |
| | | | | Bill No | | Case | Chamber Case |
| City/Town | Indore,Madhya Pradesh | | | Nationality | India | | |
| Consultant | DR. PRAKHER NYATI Mo.: 9039858755 | | | | | | |
| Food | | Allergy | | Room No. | DELUX/D08 | | |
| Diagnosis | | | | | | | |

भर्ती एवं इलाज की सहमति

मैं मेरे रिश्तेदार MAST EKAKSH INANI S/O MR. PRAVESH JI INANI को Unique Hospital में मेरी मर्जी से भर्ती करवाकर इलाज करवाना चाहता/चाहती हूँ।

सम्बंधित इलाज में होने वाले संभावित खतरों इत्यादी के बारे में मुझे पूर्ण जानकारी दी जा चुकी है। मैं भर्ती के दौरान अस्पताल के नियमों का भालीभाती पालन करूँगा/करूँगी। मुझे यह भी बतला दिया गया है की :-

१) मेरे/हमारे कीमती गहने , मोबाइल , पर्स इत्यादी की सुरक्षा का ध्यान मैं स्वयं रखूँगा/रखूँगी तथा गूम हो जाने पर अस्पताल प्रशासन जवाबदार नहीं होगा तथा मैं कोई विवाद नहीं करूँगा/करूँगी।

२) मैं अस्पताल के सभी तरह के चार्ज से वाफिक हूँ तथा मुझे संभावित खर्च की जानकारी भी दी जा चुकी है। किसी भी प्रकार के इलाज में खर्च बढ़ /घट सकता है। मैं सभी तरह के बिलों (रसीद)के भुगतान की सहमती देता/देती हूँ तथा इस सन्दर्भ में कोई विवाद अस्पताल प्रशासन से नहीं करूँगा/करूँगी।

३) मैं अस्पताल परिसर में संबंधियों (Attendant) से सम्बंधित नियमों का पालन करूँगा/करूँगी तथा अस्पताल परिसर में स्वच्छता बनाये रखने में सहयोग करूँगा/करूँगी।

४) मैं अस्पताल के स्टाफ (डॉक्टर,नर्स व अन्य) से शालीनता से व्यवहार करूँगा/करूँगी व मेरी भाषा कभी भी अपमानजनक नहीं होगी तथा एक बार में अधिकतम दो ही सम्बन्धी मरीज के साथ रहूँगे।

५) मैं अपनी राजी खुशी से दवाईयों के उपयोग की अनुमति देता/देती हूँ तथा मुझे यह भी मालूम है की कोई भी दवाई के साईड इफेक्ट जिसे 'एडियोसिक्रिटिक ड्रग रिएक्शन' रहते हैं।

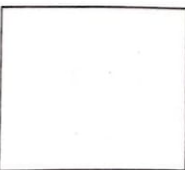
६) किसी भी तरह के वाद विवाद की स्थिति में न्याय क्षेत्र सिर्फ INDORE शहर होगा ।

Check out time is 11:00 AM

स्ताक्षर

मरीज

फोन न.



MAST EKAKSH INANI S/O MR. PRAVESH JI INANI

7898412491

Name and Signature of Admitting Clerk

Admin

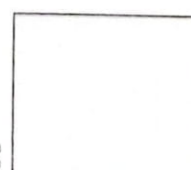
हस्ताक्षर

गवाहदार

मरीज से रिश्ता

फोन न.

पता



MR. PRAVESH JI INANI

Father

7898412491

11/1 CHATRI BAAG