

जसलोक रुग्णालय एवम् संशोधन केंद्र
JASLOK HOSPITAL & RESEARCH CENTRE
ADMISSION REQUEST FORM / भर्ती के लिए अनुमती फॉर्म

Surname उपनाम	First Name पहला नाम	Father's / Husband's Name पिता/पति का नाम	Age उम्र	Sex लिंग	Marital Status विवाहित/अविवाहित	Religion धर्म

JH / NO. जसलोक रुग्णालय क्रमांक	IP NO. आंतररुग्ण क्रमांक	Dr.'s Name चिकित्सक का नाम	Room No. कमरा नं.	Bed No. खाट नं.	Class श्रेणी

Permanent Address: स्थायी पता:		Local Address: स्थानीय पता:	
.....		
..... Pin.....	 Pin.....	
State:..... प्रदेश	Country:..... देश	State:..... प्रदेश	Country:..... देश
Tel. No.:..... दूरभाषा नं.	Mobile:..... भ्रमण ध्वनी	Tel. No.:..... दूरभाषा नं.	Mobile:..... भ्रमण ध्वनी
Email:.....		Email:.....	

Passport No.:..... **Nationality:**..... **Occupation:**.....
 पारपत्र न. राष्ट्रीयत्व पेशा

Name, Relationship and Address of Next-of-Kin: करीबी रिश्तेदारों का रिश्ता नाम और पता	Name:..... नाम :	Relationship:..... रोगी से नाता :
	Address:..... पता :	Tel/Mobile No.:..... दूरभाषा/भ्रमण ध्वनी :
		Email:.....

Date of Admission & Time भर्ती की तारीख/समय	Medico-Legal मेडिको-लिगल	Re-Admission पुनर्भर्ती	Previous IP No. पूर्व भर्ती नं.
	Yes / No हाँ/नहीं	Yes / No हाँ/नहीं	

Uptill now was any treatment given ? If yes, where ?:.....
 अब तक इलाज अगर हाँ तो कहाँ लिया ?

Nature of Illness:.....
 रोगका ब्योरा / लक्षण :

Name of Credit company / TPA:.....
 क्रेडिट कंपनी का नाम/टीपीए :

DOCUMENTS ATTACHED:.....
 जोड़े हुए पर्चे/दाखिला :

NB/ नोट:
 IN CASE OF EXCESS IN THE ESTIMATIONS/FEES, THE PATIENTS/RELATIVE WILL BE LIABLE FOR PAYMENT FOR THE SAME.
 अगर दिये हुअे खर्चमें बढ़ोतरी हुआ तो मरिज या उनके निकटवर्तीयोको भुगतान की जिम्मेदारी लेनी होगी।

PLEASE REFER TO "YOUR GUIDE".
 अधिक जानकारी के लिए दि हुई "आपकी मार्गदर्शिका" (युअर गाइड) का उपयोग करे।

Agreed by:..... **Signature:**.....
 द्वारा अनुमोदित : हस्ताक्षर :

ADMISSIONS DEPARTMENT / भर्ती विभाग

G1 / G2 / H1 / H2 / RS / RSD / IS / WS / F% / Pd / TPA / Credit Co. / Other

Admitted By: Name:..... **Signature:**.....
 दाखिल करनेवाले कर्मचारीका नाम : हस्ताक्षर :

JASLOK HOSPITAL & RESEARCH CENTRE

GENERAL CONSENT FORM FOR ADMISSION

Iresiding at
..... do hereby give consent for the admission to
Jaslok Hospital & Research Centre for Investigation / Treatment under Dr.

I agree that the Hospital will not be responsible for any mishaps due to circumstances beyond its control.

I further consent to the release of professional and / or other information from the Medical record as may be deemed necessary in accordance with the rules and policies of the hospital.

I have read the "in-patients" guide carefully and have selected the class I prefer. I also undertake to vacate the room, I am occupying, if required to do so, and will settle my bill in full at the time of the discharge.

I do hereby agree to abide by the rules and regulations of the hospital applicable to the Inpatients.

Witness:

Signature / Thumb Impression:

Name and Address

Dated this day of 20.....

If this is signed by a person other than the patient he should state the relationship with the patient.

जसलोक अस्पताल और संशोधन केन्द्र में भर्ती के लिए अनुमती फॉर्म

मैं निवासी
..... एतद्वारा जसलोक रिसर्च सेंटर में डॉ

के अधीन जाँच व उपचार के लिये मान्यता देता/देती हूँ।

मैं इस बात से सहमत हूँ कि अस्पताल किसी भी दुर्घटना जो कि नियंत्रण से बाहर हो उसके लिए जिम्मेदार नहीं होगा।

मैं यह भी मान्यता देता/देती हूँ कि वैद्यकिय विभाग से कोई व्यवसायिक/अन्य सूचना को निर्गमित करना चाहिए जो कि आवश्यक हो और अस्पताल के नियम और नीति के अनुरूप हो।

मैंने आंतररुग्ण गाईड को ध्यानपूर्वक पढा और श्रेणी का चयन अपने पसंदिके अनुसार किया है। मैं अपना कमरा जरूरत होनेपर छोड़ सकता/सकती हूँ। और अपने बिल का भुगतान अस्पताल छोड़ने से पहले कर दूंगा/दूंगी

मैं अस्पताल के आंतररुग्ण नियम और कानून को मानने के लिए सहमत हूँ।

गवाह -

हस्ताक्षर/अंगूठा

नाम व

पता

दि.

स्थान: पूरा नाम: सही:

यदि रोगी के अलावा किसी दूसरे व्यक्ति के द्वारा हस्ताक्षर किया जाता है उस व्यक्तिका रोगी के साथ रिश्ता स्पष्ट करना होगा।

प्रवेशासाठी सर्वसाधारण सहमती अर्ज

मी राहणार
..... जसलोक रुग्णालय आणि रिसर्च सेंटरमध्ये डॉ

यांच्याकडून तपासणी आणि उपचार करण्याकरिता मी माझी संमती देत आहे.

मी असे मान्य आणि जाहिर करतो कि कोणत्याही प्रकारच्या अनिष्टापत्ति/अरिष्ट उत्पन्न झालेच तर त्यास रुग्णालय कोणत्याही प्रकाराने जबाबदार असणार नाही.

रुग्णालयाच्या व्यवसायिक व वैद्यकिय विभागाच्या नियमानुसार वा धोरणानुसार माहिती देण्यास माझी संमती आहे.

मी "अंतःरुग्ण" (इन-पेशंट) फॉर्म काळजी पूर्वक वाचलेला आहे आणि त्यानुसार मी श्रेणी कबूल केलेली आहे. त्याचप्रमाणे मी, माझ्या वापरात असलेली खोली जर त्यांना हवी असेल तर, ती रिकामी करून देण्याचे मान्य करतो, त्याचप्रमाणे ज्यावेळी मला रजा देण्यांत येईल त्यावेळी मी जे कांही बिल असेल ते पूर्ण भरण्याचे आश्वासन देत आहे.

अंतःरुग्णांसाठी केलेले सर्व नियम आणि नियमावलीचे पालन करण्याचे मी मान्य आणि कबूल करीत आहे.

साक्षीदार -

सही अथवा अंगठ्याचा ठसा

नाव व

पत्ता

आज दिनांक माहे सन २०

ठिकाण: पूर्ण नाव: सही:

जर हा फॉर्म रोगी (पेशंट) व्यतिरिक्त इतर कोणीही भरला तर कृपया रोगी व्यक्ती बरोबर असलेले नाते नमूद करावे.

JASLOK HOSPITAL & RESEARCH CENTRE

15, Dr. G. Deshmukh Marg, Mumbai - 400 026.

I, _____ hereby deposit an amount of
(Rupees _____)

At the time of my admission and I promise to pay all the bills hereafter within two days of their being presented to me failing which I shall be liable to be discharged immediately without further treatment and without prejudice to your rights to recover the amounts and take legal action against me for non-payment.

(Signature of the Patient)

I, _____ hereby state that in the event of Patient Mr./Mrs./Ms. not being able to pay the bills as and when present, I guarantee full payment and not being able to pay the bills as and when present, I guarantee full payment and I agree to indemnify you against non-payment.

(Signature of the Guarantor)

Address _____
Tel. No. _____

मैं _____ एतद्वारा रूपये _____
की धनराशि को जमा करता हूँ।

मैं यह वचन देता हूँ कि भरती के दो दिन बाद सभी बिलों का भुगतान कर दूँगा। भुगतान न करने पर मुझे इलाज करने से पहले बिना सूचित अस्पताल से रिहा कर सकते हैं और मेरे खिलाफ कानूनी कार्यवाही भी कि जा सकती है।

रोगी का हस्ताक्षर

मैं _____ सम्मती देता/देती हूँ कि यदि रोगी अपने बिलों का भुगतान करने में असमर्थ है तो उसकी बिलों के भुगतान की पूरी जिम्मेदारी लेता / लेती हूँ।

हमीदार का हास्ताक्षर

पता: _____
टेलिफोन नं _____

मी, _____ रूपये (अक्षरी रूपये मात्र)

अनामत रक्कम म्हणून भरीत आहे.

मी रुग्णालयात दाखल होताना अनामत रक्कम भरण्याचे मान्य करतो आणि त्यानंतर जी काही बिल असतील ती, मला बिल दिल्यापासून दोन दिवसांच्या आत भरण्याचे वचन देत आहे. जर असे करण्यास मी असमर्थ ठरलो तर मला कोणत्याही प्रकारची सेवा दिल्याशिवाय त्वरीत मुक्त करण्यांत येईल आणि अशावेळी मी भरलेले पैसे मागण्याचा अथवा कोणत्याही प्रकाराने कायदेशीर कारवाई करण्याचा अधिकार मला राहणार नाही.

रोगी हस्ताक्षर

मी, _____ येथे असे मान्य आणि कबूल करतो कि जर रुग्ण श्री/ श्रीमती/मिस _____ यांना दिलेल्या बिलाचा भरणा केला नाही तर, ते भरण्याची आणि नुकसान होणार नाही अथवा नुकसान भरपाई करून देण्याची आपणास हमी देत आहे.

हमी देणाराची सही

पता: _____
टेलिफोन नं. _____ मोबाईल नं. _____