PATIENT REGISTRATION FORM

For Office Use Only صرف دفتری استعمال کے لئے
M.R. #: ____________
Date : ____________
Time : ____________

Patient Name مریض کا نام				
Father/ Husband's Name والد/شوہر کا نام				
Date of Birth تاریخ پیدائش (دن) (Day) – (مہینہ) (Month) – (سال) (Year)	Age عمر	Sex جنس	Married شادی شدہ	Unmarried غیر شادی شدہ
Nationality قومیت		N.I.C/ Passport No. قومی شناختی کارڈ/ پاسپورٹ نمبر		
Phone No. (Residence) فون نمبر (رہائش)		Mobile: موبائل		
Residence Address رہائش کا پتہ				

Who Will Pay? ادائیگی کون کرے گا؟	Name of Person/ Organization? نام فرد/ادارہ
☐ Person بل خود ادا کریں گے	Address پتہ
☐ Organization ادارہ ادا کرے گا	Phone No. فون نمبر

Appointment Request With کس ڈاکٹر کو دکھانا ہے

Dr. ڈاکٹر ____________________ Date تاریخ ____________ Time وقت ________

The patient have(has) read this authorization and consent for registration to medical treatment or admission to the Hospital.I/ the patient certify that I(he/ she) understand(s) its contents.

میں/مریض نے اس مختار نامہ ورضامندی برائے علاج اور ہسپتال میں داخلہ کو پڑھ لیا ہے۔ میں/مریض اس تحریر کو سمجھ گیا/گئی ہوں اور اس سے متفق ہوں۔

____________________ Signature of Consenting Person مریض کے دستخط

____________________ Signature of Receptionist ریپشنسٹ کے دستخط

____________________ Name of patient مریض کا نام

____________________ Name of Receptionist ریپشنسٹ کا نام

AUTHORIZATION AND CONSENT FOR TREATMENT IN HOSPITAL

I, believing that I/the patient (Name: ______________ ______________ M.R. No.______________) am (is) suffering from a condition which requires medical treatment and/or admission to the hospital, hereby request and consent to medical care and/or surgical treatment deemed necessary and advisable in the professional judgement of the staff of Shifa International Hospital. Treatment may include physical examination, diagnostic procedures, blood transfusions, administration of medications and performance of other procedures ordered by qualified medical staff.

I/the patient am(is) confident that the staff of Shifa International Hospital will exercise competent professional judgement in treating me/the patient. I/the patient am(is) aware that no guarantees have been made as to the result of medical treatment and management responsibility as to the failure of my/the patient's medical treatment or any surgical procedure performed upon me (the patient). I/the patient know(s) that I/the patient have(has) the right to refuse treatment and shall not hold anyone responsible for the medical consequence of such refusal.

I understand and agree that Shifa International Hospital being a teaching institution, my/the patient's care/ treatment will be supervised by fully qualified medical practitioners with the involvement of authorized medical students/ postgraduate trainee doctors.

I/the patient am(is) aware that the hospital reserves the right to refuse treatment, and that in such case the hospital is not obliged to inform the reason for refusal.

I/the patient fully understand that this permission includes consent for treatment, comprising whatever care is deemed necessary in the judgement of qualified medical staff, whether employed by Shifa International Hospital or providing services based upon their independent practice. (The arrangement is commonly known as fee for service).

I/the patient agree(s) to abide by financial policies of Shifa International Hospital and undertake(s) to clear all my (his/her) dues in advance or immediately after treatment, which may go up or come down with respect to prior estimation.

Patient's Sign. ______________

مختارنامہ ورضامندی برائے ہسپتال میں علاج

میں یقین رکھتا ہوں کہ میں/مریض (نام .... ایم آر نمبر ....) ایسی حالت میں مبتلا ہوں/ہے کہ میرا/مریض کا طبی یا جراحتی علاج جو شفا انٹرنیشنل ہسپتال کے عملہ کی پیشہ ورانہ رائے اور فیصلہ کے مطابق ضروری ہو کیا جائے۔ اس علاج میں ماہر طبی عملہ کی ہدایت کے مطابق جسمانی معائنہ، تشخیصی کارروائی، تبدیلی خون، تجویز ادویات اور دیگر ضروری کارروائی شامل ہو سکتی ہے۔

میں/مریض یقین رکھتا/رکھتی ہوں/ہے کہ شفا انٹرنیشنل ہسپتال کا عملہ میرے/مریض کے بارے علاج کے سلسلہ میں مناسب ترین پیشہ ورانہ فیصلہ کرے گا۔ میں/مریض اس سے آگاہ ہوں کہ علاج کے نتائج کے سلسلہ میں نہ کوئی ضمانت دی جائے گی اور نہ ہی میں/مریض اپنے/مریض کے کسی طبی علاج یا جراحتی عمل کی ناکامی یا خاطر خواہ نتائج نہ نکلنے کی صورت میں ہسپتال، اس کے عملے اور انتظامیہ کو ذمہ دار ٹھہراؤں گا/ٹھہرائے گا۔

میں پوری طرح آگاہ ہوں کہ میں ہی متعلقہ فرد ہوں گا۔ اور ہسپتال کا عملہ مجھ ہی سے رابطہ رکھے گا اور مریض کی صحت کے بارے میں بتانے کا مجاز ہوگا۔

میں اس بات کو جانتا ہوں اور متفق ہوں کہ شفا انٹرنیشنل ہسپتال ایک تعلیمی ادارہ ہے اور یہاں میری/مریض کی دیکھ بھال اور علاج ایک مستند ماہر طب/جراحت کے زیر نگرانی ہوگا۔ ان کے علاوہ اجازت یافتہ میڈیکل کے طلبہ اور تربیت ڈاکٹر بھی مریض کے علاج معالجے میں شامل ہوں گے۔

میں/مریض خوب واقف ہوں/ہے کہ مریض علاج کرانے سے انکار کا حق رکھتا ہوں/ہے اور اس انکار کی صورت میں طبی طور پر ظاہر ہونے والے منفی نتائج کا کوئی اور ذمہ دار نہ ہوگا۔ میں/مریض اس سے آگاہ ہوں کہ ہسپتال کو یہ حق حاصل ہے کہ وہ علاج سے معذرت کر لے اور اس صورت میں ہسپتال اس کی وجہ بتانے کا پابند نہ ہوگا۔ میں/مریض اچھی طرح سمجھتا ہوں کہ میری/مریض کی جانب سے علاج کی اس اجازت میں ہر معالجاتی چیز شامل ہے جو ماہر طبی عملہ خواہ وہ شفا کی ملازمت میں ہو یا اپنی خدمات نج کاری کی حیثیت سے فراہم کرتا ہو۔ ضروری سمجھے۔ (یہ انتظام خدمات کے بدلے ادائیگی کے نام سے معروف ہے) میں/مریض شفا انٹرنیشنل ہسپتال کی مالیاتی پالیسی سے متفق اور اس پر عمل کرنے کا/کی پابند ہوں/ہے اور اقرار کرتا/کرتی ہوں/ہے کہ میں/مریض اپنے/مریض کے علاج پر آنے والے اخراجات کی ادائیگی پیشگی یا علاج کے فوراً بعد کر دوں گا/گی۔ میں/مریض تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں اس کے مندرجات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں۔

دستخط مریض ______________