

# Patient Registration Form

(To be filled in English)

Date:   /   20      
Date: DD MM YY

Name : \_\_\_\_\_  
First Middle Last (Surname)

Gender : \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YY)

Age: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_

ID Submitted Type of ID: \_\_\_\_\_ Passport No: \_\_\_\_\_

Visa No: \_\_\_\_\_ Visa Type: \_\_\_\_\_ Visa Validity: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Resi. Address: (Permanent) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pin Code:

Emergency Contact Person Name : \_\_\_\_\_

Relationship : \_\_\_\_\_ Tel : No :

Consultant / Doctor's Name : \_\_\_\_\_

Referring Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Contact No.: \_\_\_\_\_

1. I/We agree for the patient to undergo examination, Investigation and treatment as decided by the hospital and also to abide by its schedule of charges, Rules and regulations (Available at Registration Counter).
2. I authorize Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ to take decision on my behalf in case of my inability to do so due to associated medical condition.
3. I certify that I read the above and understood the contents. I further state that I have been given an opportunity to ask questions and all my questions have been answered fully and to my satisfaction.

Patient

Next-of-kin / Accompanying person(Mention relationship)  
(To be filled in case patient is not in a condition to sign)

Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE:

MR No:

Registration Done By:

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Employee ID

\_\_\_\_\_  
Sign

# દર્દી રજીસ્ટ્રેશન ફોર્મ

તારીખ : દિવસ મહિનો ૨૦ વર્ષ

નામ : \_\_\_\_\_

પુરુષ/સ્ત્રી : \_\_\_\_\_ પરિણીત/અપરિણીત : \_\_\_\_\_ જન્મ તારીખ : / / દિવસ/મહિનો/વર્ષ

ઉંમર : \_\_\_\_\_ ધર્મ : \_\_\_\_\_ રાષ્ટ્રિયતા : \_\_\_\_\_

આઇડી સબમીટેડ આઇડીનો પ્રકાર: \_\_\_\_\_ પાસપોર્ટ નં.: \_\_\_\_\_

વીસા નં. \_\_\_\_\_ વીસાનો પ્રકાર: \_\_\_\_\_ વીસા વેલીડીટી: \_\_\_\_\_

ઇ - મેઇલ : \_\_\_\_\_ મોબાઇલ નં : \_\_\_\_\_

ઘરનું સરનામું : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ પીન કોડ

જવાબદાર વ્યક્તિનું નામ : \_\_\_\_\_

સંબંધ : \_\_\_\_\_ ટેલીફોન નં : \_\_\_\_\_

કન્સલ્ટન્ટ ડોક્ટરનું નામ : \_\_\_\_\_

રેફરિંગ કરનાર ડોક્ટરનું નામ : \_\_\_\_\_ ફોન નં : \_\_\_\_\_

- હું / અમે આથી સંમતિ આપીએ છીએ કે દર્દીની થનારી ચકાસણી, તપાસ અને સારવાર જે હોસ્પિટલ દ્વારા નિયમ કરાશે અને તેના માટે નિયત કરાયેલા ચાર્જિસ, નિયમો અને શરતો (રજીસ્ટ્રેશન કાઇન્ટર પર ઉપલબ્ધ) સાથે સંમત છીએ.
- હું શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ ને અધિકાર આપુ છું કે મારી ગેરહાજરી સમયે તેઓ તબીબી સારવાર સાથે સંકળાયેલા નિર્ણયો લઇ શકે છે.
- હું મારી જાણમાં છે કે તે રીતે હોસ્પિટલ મેનેજમેન્ટને મદદરૂપ થઇ શકે તે માટે મારો તમામ તબીબી ઇતિહાસ તથા મને થયેલા રોગ અંગેની તમામ વિગતો જાહેર કરુ છું.

દર્દી : \_\_\_\_\_ દર્દીના નજીકના સંબંધી / સાથે આવેલ વ્યક્તિ (સંબંધ અચૂક દર્શાવવો)

નામ : \_\_\_\_\_ દર્દી સાથેનો સંબંધ : \_\_\_\_\_

નામ : \_\_\_\_\_

સહી : \_\_\_\_\_ સહી : \_\_\_\_\_

કાર્યાલય ઉપયોગ માટે :

એમ.આર.એન. નં :

રજીસ્ટ્રેશન કરનાર :

કર્મચારીનું નામ :

કર્મચારીની આઇ.ડી. :

સહી :