

# श्रीजा होमियो क्लीनिक

डॉ. के. पी. विश्वकर्मा

B.H.M.S.

ईदगाह रोड उत्तरी, सदरगंज पश्चिमी, मड़ियाहूँ बाजार, जौनपुर, उ०प्र० (इंडिया) 222161

दिनांक-.....

क्लीनिक पं० सं० SHC-.....

मैं ..... आयु..... वर्ष,

पुत्र/ पत्नी श्री - ..... पता- .....

..... यह वचन देता हूँ कि मेरे सम्बन्धी रोगी (का नाम) - श्री/ श्रीमती- .....

..... आयु..... वर्ष, पुत्र/ पत्नी श्री - .....

रोग का नाम - ..... नामक सांघातिक/ मृत्युकारक/ प्राणघातक/ गंभीर रोग/ लक्षण से

पिछले - ..... माह से ग्रसित हैं। चूँकि अग्रलिखित रोग/ लक्षण प्राणघातक/ गंभीर है, अतः उपचार करते समय मेरे

रोगी की मृत्यु/ या कोई भी अप्रिय घटना हो सकती है। इस अग्रलिखित रोग/ लक्षण के बारे में "श्रीजा होमियो क्लीनिक के

डॉक्टर/ स्टॉफ" के द्वारा मुझे स्पष्ट रूप से बता दिया गया है तथा कोई भी तथ्य छुपाया नहीं गया है।

मेरे रोगी को पूर्ण रूप से ठीक करने के लिए "श्रीजा होमियो क्लीनिक/ डॉक्टर/ स्टॉफ" के द्वारा कोई भी गारंटी/

वारंटी किसी भी रूप में नहीं दिया जा रहा है।

मेरे रोगी के उपचार के लिए किसी भी रूप में लिए गए रुपये/ पैसे (कोई भी फीस/ औषधि मूल्य) को किसी भी

विधिक/ अविधिक रूप से मैं/ मेरा रोगी/ मेरे रोगी से सम्बंधित कोई भी व्यक्ति पुनः वापस लेने के लिए किसी भी रूप/

परिस्थिति में योग्य/ उपयुक्त नहीं होंगे। यदि हम लोगों के द्वारा ऐसी अग्रलिखित परिस्थिति उत्पन्न होती है तो बिना किसी

लेन-देन के व बिना कोई कारण बताये यहाँ से तत्काल मेरे रोगी का उपचार हमेशा के लिए बंद भी किया जा सकता है,

जिसका मैं/ मेरा रोगी/ मेरे रोगी से सम्बंधित किसी भी व्यक्ति के द्वारा किसी भी रूप में कोई भी विरोध नहीं किया जा

सकेगा। और यदि पुनः इस रोगी का यहाँ से उपचार करवाना चाहेंगे तो पहला फीस पुनः देना होगा।

अतः उपर्युक्त सभी तथ्यों को संज्ञान में लेकर मैं "श्रीजा होमियो क्लीनिक/ डॉक्टर/ स्टॉफ" को, बिना किसी दबाव के

व अपनी पूर्ण चेतन अवस्था और इच्छा से यह अनुमति प्रदान करता हूँ कि मेरे रोगी का उपचार अपने विधि से करने का कष्ट

करें। जिसका भविष्य में मैं/ मेरा रोगी/ मेरे रोगी से सम्बंधित कोई भी व्यक्ति किसी भी रूप में कोई भी विधिक/ अविधिक

कार्यवाई नहीं करेंगे और यदि किया जाता है तो हम लोग/ हममें से किसी भी व्यक्ति को किसी भी प्रकार के हुए नुकसान की

भरपाई करने के लिए विधिक से रूप से पूर्णतया बाध्य होना पड़ेगा।

मैं या मेरे साथ आये हुए सभी व्यक्तियों के द्वारा हिंदी भाषा में लिखे इस सहमती-पत्र को ना पढ़/समझ पाने की

स्थिति में "श्रीजा होमियो क्लीनिक/ डॉक्टर/ स्टॉफ" के द्वारा मौखिक रूप से सभी तथ्यों को हमें स्पष्ट रूप से समझा दिया

गया है।

स्थान - .....

धन्यवाद!

रोगी से सम्बन्ध- .....

परिचारक का नाम-.....

(श्रीजा होमियो क्लीनिक)

आधार संख्या-.....

हस्ताक्षर

मो. नं. - .....

हस्ताक्षर- .....

नोट- किसी भी विधिक/ अविधिक कार्यवाई का सम्पूर्ण निस्तारण माननीय जौनपुर जिला न्यायालय में ही होगा

तथा न्यायालय द्वारा दिया गया निर्णय ही अंतिम व सर्वमान्य होगा।