

रोगी-उपचार सहमति-पत्र

श्रीजा होमियो क्लीनिक

ईदगाह रोड उत्तरी, सदरगंज पश्चिमी, मड़ियाहूँ बाज़ार, जौनपुर, उ०प्र०, इंडिया. 222161

डॉ. के. पी. विश्वकर्मा

क्लासिकल होमियोपैथ

(बी.एच.एम.एस.)

(सहगेलियन)

रोगी पं. सं. SHC-

मै (रोगी के परिचारक का नाम) आयु वर्ष, पिता श्री -
..... पता- यह वचन देता हूँ कि मेरे
सम्बन्धी **(रोगी का नाम)** श्री/ श्रीमती- आयु..... वर्ष, पिता/ पति श्री -
..... रोग का नाम - नामक सांघातिक/ मृत्युकारक/
प्राणघातक/ गंभीर रोग/ या लक्षण से पिछले - माह से ग्रसित हैं। चूँकि अग्रलिखित रोग/ लक्षण प्राणघातक/
गंभीर है। अतः उपचार करते समय कोई अप्रिय घटना/ या मेरे रोगी की मृत्यु भी हो सकती है। इस अग्रलिखित रोग/ लक्षण के
बारे में "श्रीजा होमिओ 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/ या स्टॉफ" के द्वारा कोई भी गारंटी/
या वारंटी किसी भी रूप में नहीं दिया जा रहा है।

मेरे रोगी के उपचार के लिए फीस/ या औषधि के रूप में लिया गया कोई भी रूपया/ पैसा किसी भी रूप में वापस
नहीं होगा। यदि भविष्य में मैं/ या मेरे रोगी द्वारा तथा मुझसे/ या मेरे रोगी से सम्बंधित किसी भी व्यक्ति के द्वारा रुपये/ पैसे को
वापस माँगा जाता है तो "श्रीजा होमिओ क्लीनिक"/ "श्रीजा होमिओ क्लीनिक" के डॉक्टर/ स्टॉफ को पूर्ण रूप से यह अधिकार
होगा कि हम लोगो के विरुद्ध कोई भी विधिक/ अविधिक (कानूनी) कार्यवाई कर सकते हैं।

अतः उपर्युक्त सभी तथ्यों को संज्ञान में लेकर मैं "श्रीजा होमियो क्लीनिक/ डॉक्टर/ व 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/ या 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/ या 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 सहमति-पत्र को नहीं पढ़/ समझ पाने की स्थिति में
"श्रीजा होमियो क्लीनिक/ डॉक्टर/ या स्टॉफ" के द्वारा मौखिक रूप से सभी तथ्यों को हम लोगों को स्पष्ट रूप से समझा दिया गया
है।

दिनांक:-

धन्यवाद !

परिचारक का नाम:-

श्रीजा होमियो क्लीनिक

आधारकार्ड सं:-

रोगी से सम्बन्ध:-

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।**