

DSEH / OPD / 01



#191/1, Link Road, 2nd Cross,
Malleshwaram, Bangalore - 560 003
Phone : 080-2356 2211, 080-2356 2299
E-mail : info@drsolkankieyehospital.com
Website : www.drsolankieyehospital.com

Patient's Information Form (For Registration)

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು :	ಎಂ.ಆರ್.ಡಿ. :
ಉದ್ಯೋಗ:	ಸಂಖ್ಯೆ :
ಇ-ಮೇಲ್ ಐಡಿ :	ವಯಸ್ಸು :
ವಿವಾಹವಾಗಿದ್ದಾರಾ: ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	ಲಿಂಗ :
ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ :	ಕವೇರಿ ವಿಳಾಸ :
ಫೋನ್/ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:	ಫೋನ್/ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:
ತಂದೆ/ಗಂಡ/ಗಾರ್ಡಿಯನ್ ಹೆಸರು:	
ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ :	ಪರಿಚಿತ ಭಾಷೆಗಳು :
	ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆಯೇ:
	ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮೆ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ
ನೀವು ಮೊದಲು ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯೇ ಎಂದು ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಉದ್ಯೋಗಿ ಮೂಲಕ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ

ದಯವಿಟ್ಟು ಗಮನಿಸಿ : ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಣ್ಣಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಯು 1½ ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಮತ್ತು ಮುಂದಿನ ತನಿಖೆಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು.

FORM OF CONSENT

ನಾನು..... ಮುಚ್ಚುಮರೆ ಇಲ್ಲದೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣಜ್ಞಾನದಿಂದ ಯಾವುದೇ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದ ಪರೀಕ್ಷೆ ತನಿಖೆ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಬಗ್ಗೆ ಸಲಹೆ, ಪರಿಗಣಿಸಿ ಮಾಡಬಹುದು ಎಂದು ನನ್ನ ಸಂಪೂರ್ಣ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ಸಣ್ಣ ವಯಸ್ಸಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ :

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ