

संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ

रोगी पंजीकरण आवेदन पत्र

(कृपया स्पष्ट अक्षरों में भरें)

पंक्ति संख्या:

दिनांक:

विभाग: _____

रोगी का नाम: श्री/श्रीमती/कुं: प्रथम _____ मध्य _____ अंतिम _____

पिता/माता/पति का नाम: श्री/श्रीमती/: प्रथम _____ मध्य _____ अंतिम _____

लिंग: पुरुष स्त्री वैवाहिक स्थिति: विवाहित अविवाहित तलाकशुदा जन्म तिथि: तिथि _____ माह _____ वर्ष _____ आयु (वर्ष) _____

धर्म: _____ व्यवसाय: _____ मोबाइल: ई-मेल: _____

(यह नं० मरीज से संपर्क एवं SMS के लिए है।)

रोगी का वर्तमान पता

शहरी ग्रामीण

मकान सं०: _____

गली/ग्राम: _____

मुहल्ला/डाकघर: _____

देश: _____ प्रदेश: _____

शहर/जिला: _____

पिनकोड: _____

निकटतम रेलवे स्टेशन: _____

आपातकालीन सम्पर्क का पता:

सम्पर्क व्यक्ति _____

संबंध _____

दूरभाष _____

संदर्भ:

संदर्भित चिकित्सक _____

संदर्भित चिकित्सालय _____

संदर्भित विभाग _____

रोगी का पहचान पत्र का विवरण:

पहचान पत्र का प्रकार _____

पहचान पत्र संख्या _____

निर्गत अधिकारी _____

आपातकालीन पंजीकरण हेतु मेडिको लीगल केस:

लाने वाले व्यक्ति का नाम _____

संबंध _____

पता _____

रोगी का स्थायी पता (यदि वर्तमान से भिन्न हो)

शहरी ग्रामीण

मकान सं०: _____

गली/ग्राम: _____

मुहल्ला/डाकघर: _____

देश: _____ प्रदेश: _____

शहर/जिला: _____

पिनकोड: _____

निकटतम रेलवे स्टेशन: _____

कार्यालय उपयोग हेतु

प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त सूचना सही भरी गई है

रोगी/रिश्तेदार का नाम एवं हस्ताक्षर

कृपया ध्यान दें: इस फार्म में भरी गयी सूचनायें अपरिवर्तनीय हैं। चिकित्सालय परिसर में रोगी के साथ एक ही व्यक्ति अधिकृत है। रोगी के रिश्तेदारों के ठहरने हेतु पी०आर०ए० एवं विश्रामालय की व्यवस्था उपलब्ध है।