



Sri Shankara Dental Clinic

Nalapani Road (Opp 8th Cross), Tapovan Enclave, Dehradun, Uttarakhand 248008

Phone: +91 89792 41142 · Landline: +91 135 3549458 · hello@srishankaradental.com · srishankaradental.com

Dr. Advaita Anand — BDS, MDS (Conservative Dentistry & Endodontics)

Mon-Fri 9:30am-12:30pm & 4:00pm-7:00pm · Sat 9:30am-12:30pm · Sun closed

Clinical Establishment Regn. No.: _____ · GSTIN (if applicable): _____

PATIENT REGISTRATION FORM · रोगी पंजीकरण फ़ॉर्म

Please complete all sections in block letters. Your information is confidential and is collected, used and stored in accordance with the Digital Personal Data Protection Act, 2023.

कृपया सभी भाग स्पष्ट अक्षरों में भरें। आपकी जानकारी गोपनीय रखी जाएगी और डिजिटल व्यक्तिगत डेटा संरक्षण अधिनियम, 2023 के अनुसार ही एकत्र, उपयोग और सुरक्षित की जाएगी।

1 REGISTRATION DETAILS · पंजीकरण विवरण

OPD / Registration No. / ओ.पी.डी. / पंजीकरण सं. _____ Date / दिनांक ____/____/____

Referred by / किसके द्वारा भेजा गया _____

☐ Doctor / डॉक्टर _____ ☐ Existing patient / पुराने रोगी _____ ☐ Online / Google / ऑनलाइन / गूगल

☐ Social media / सोशल मीडिया ☐ Insurance / TPA panel / बीमा / TPA पैनल ☐ Walk-in / स्वयं आए ☐ Other / अन्य _____

2 PATIENT DETAILS · रोगी का विवरण

Full name / पूरा नाम _____

Father's / Husband's name / पिता / पति का नाम _____

Date of birth / जन्म तिथि ____/____/____ OR Age / अथवा आयु _____ years / वर्ष

Gender / लिंग ☐ Male / पुरुष ☐ Female / महिला ☐ Other / अन्य

Marital status / वैवाहिक स्थिति ☐ Single / अविवाहित ☐ Married / विवाहित ☐ Other / अन्य

Blood group / रक्त समूह (ब्लड ग्रुप) _____ Occupation / व्यवसाय _____

Preferred language / पसंदीदा भाषा ☐ Hindi / हिन्दी ☐ English / अंग्रेज़ी ☐ Other / अन्य _____

Current address / वर्तमान पता _____

City / शहर _____ State / राज्य _____ PIN / पिन कोड _____

Permanent address (if different) / स्थायी पता (यदि अलग हो) _____

Mobile / मोबाइल नं. _____ Alternate mobile / वैकल्पिक मोबाइल नं. _____

Is your mobile number on WhatsApp? / क्या आपका मोबाइल नंबर व्हाट्सएप पर है? ☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

Email / ईमेल _____

Preferred way to contact you / संपर्क का पसंदीदा तरीका ☐ Call / कॉल ☐ SMS / एस.एम.एस. ☐ WhatsApp / व्हाट्सएप ☐ Email / ईमेल

3 HEALTH ID, SCHEMES & INSURANCE · हेल्थ आई.डी., सरकारी योजना एवं बीमा

ABHA number / ABHA address / आभा (ABHA) नंबर / ABHA पता _____

Aadhaar number (optional — you are not required to provide this; it is used only if you wish to link an ABHA or claim a government scheme) / आधार नंबर (वैकल्पिक — यह देना अनिवार्य नहीं है; इसका उपयोग केवल तभी होगा जब आप ABHA जोड़ना चाहें या किसी सरकारी योजना का लाभ लेना चाहें)

Government schemes — tick if applicable and note the card number / सरकारी योजनाएँ — जो लागू हों उस पर निशान लगाएँ और कार्ड नंबर लिखें

☐ Ayushman Bharat PM-JAY / आयुष्मान भारत PM-JAY _____ ☐ CGHS _____ ☐ ECHS _____

☐ ESIC _____ ☐ State scheme / राज्य की योजना _____

Health insurance / corporate panel / स्वास्थ्य बीमा / कंपनी पैनल

Insurer / TPA / बीमा कंपनी / TPA _____ Policy no. / पॉलिसी नं. _____

Employer / corporate panel / नियोक्ता / कंपनी पैनल _____ Employee ID / कर्मचारी आई.डी. _____

Are you seeking cashless treatment? / क्या आप कैशलेस उपचार चाहते हैं? ☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

Cashless treatment requires pre-authorisation from your insurer or TPA and is subject to their approval. / कैशलेस उपचार के लिए बीमा कंपनी या TPA से पूर्व-अनुमति (pre-authorisation) आवश्यक है और यह उनकी स्वीकृति पर निर्भर करता है।

4 PERSON RESPONSIBLE / GUARDIAN • उत्तरदायी व्यक्ति / अभिभावक

Complete if the patient is under 18 years or is unable to give consent themselves. / यदि रोगी की आयु 18 वर्ष से कम है या वह स्वयं सहमति देने में असमर्थ है, तो यह भाग भरें।

Name / नाम _____ Relationship to patient / रोगी से संबंध _____

Mobile / मोबाइल नं. _____ Address (if different) / पता (यदि अलग हो) _____

5 EMERGENCY CONTACT • आपातकालीन संपर्क

Name / नाम _____ Relationship / संबंध _____

Mobile / मोबाइल नं. _____ Alternate number / वैकल्पिक नं. _____

Family doctor / physician / पारिवारिक डॉक्टर / फिजिशियन _____ Phone / फ़ोन _____

6 MEDICAL HISTORY • स्वास्थ्य (चिकित्सा) संबंधी जानकारी

Your general health affects dental treatment. Please answer every question carefully. / आपका सामान्य स्वास्थ्य दंत उपचार को प्रभावित करता है। कृपया हर प्रश्न का उत्तर ध्यान से दें।

Do you have, or have you ever had, any of the following? / क्या आपको इनमें से कोई रोग है या कभी रहा है?

Condition रोग	Y हाँ	N नहीं	Condition रोग	Y हाँ	N नहीं
Heart disease / chest pain हृदय रोग / सीने में दर्द	☐	☐	Diabetes (sugar) मधुमेह (शुगर)	☐	☐
Heart attack (year: ____) हार्ट अटैक (वर्ष: ____)	☐	☐	Thyroid problem थायरॉइड की समस्या	☐	☐
Heart murmur / valve problem हृदय की धड़कन में गड़बड़ी / वाल्व रोग	☐	☐	Epilepsy / fits मिर्गी / दौरे पड़ना	☐	☐
Artificial heart valve कृत्रिम हृदय वाल्व	☐	☐	Asthma / breathing problem दमा (अस्थमा) / साँस की तकलीफ़	☐	☐
Rheumatic fever रूमेटिक फीवर	☐	☐	Tuberculosis (TB) क्षय रोग (टी.बी.)	☐	☐
Pacemaker पेसमेकर लगा है	☐	☐	Kidney disease / dialysis गुर्दे (किडनी) का रोग / डायलिसिस	☐	☐
High BP उच्च रक्तचाप (हाई बी.पी.)	☐	☐	Liver disease यकृत (लिवर) का रोग	☐	☐
Low BP निम्न रक्तचाप (लो बी.पी.)	☐	☐	Jaundice / Hepatitis B or C पीलिया / हेपेटाइटिस बी या सी	☐	☐
Paralysis / stroke (year: ____) लकवा / स्ट्रोक (वर्ष: ____)	☐	☐	HIV एच.आई.वी.	☐	☐
Anaemia / low haemoglobin खून की कमी (एनीमिया)	☐	☐	Cancer (type: ____) कैंसर (प्रकार: ____)	☐	☐
Bleeding that does not stop खून का न रुकना	☐	☐	Radiotherapy to head or neck सिर या गले की रेडियोथेरेपी (सैंक)	☐	☐
Thalassaemia / sickle cell थैलेसीमिया / सिकल सेल	☐	☐	Chemotherapy कीमोथेरेपी	☐	☐
Weak bones / osteoporosis हड्डियों का कमज़ोर होना (ऑस्टियोपोरोसिस)	☐	☐	Acidity / stomach ulcer अम्लता (एसिडिटी) / पेट का अल्सर	☐	☐
Joint replacement (year: ____) जोड़ प्रत्यारोपण (वर्ष: ____)	☐	☐	Fainting / giddiness चक्कर आना / बेहोशी	☐	☐
Arthritis गठिया (आर्थराइटिस)	☐	☐	Mental health condition मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्या	☐	☐

Any other illness, operation or hospital admission / कोई अन्य बीमारी, ऑपरेशन या अस्पताल में भर्ती

Please tick if any of these apply to you / यदि इनमें से कुछ आप पर लागू होता है तो निशान लगाएँ

☐ I take blood-thinning medicine (e.g. Ecosprin/aspirin, clopidogrel, warfarin, apixaban, rivaroxaban)
मैं खून पतला करने वाली दवा लेता/लेती हूँ (जैसे इकोस्पिरिन/एस्पिरिन, क्लोपिडोग्रेल, वारफेरिन, एपिक्साबैन, रिवारोक्साबैन)

☐ I take medicine for weak bones — bisphosphonates or denosumab (e.g. Fosamax, Zoledronic acid, Prolia)
मैं हड्डियों की कमज़ोरी की दवा लेता/लेती हूँ — बिसफ़ॉस्फ़ोनेट या डेनोसुमैब (जैसे फ़ोसामैक्स, ज़ोलेड्रॉनिक एसिड, प्रोलिया)

☐ I take steroids (e.g. prednisolone / Wysolone)
मैं स्टेरॉयड लेता/लेती हूँ (जैसे प्रेडनिसोलोन / वायसोलोन)

☐ I am on immunosuppressant medicine or have low immunity
मैं रोग-प्रतिरोधक क्षमता घटाने वाली दवा लेता/लेती हूँ, या मेरी रोग-प्रतिरोधक क्षमता कम है

☐ I have been told to take antibiotics before dental treatment
मुझे दंत उपचार से पहले एंटीबायोटिक लेने की सलाह दी गई है

☐ I am pregnant — month: / मैं गर्भवती हूँ — महीना: ☐ I am breastfeeding / मैं स्तनपान करा रही हूँ

Current medicines — including any Ayurvedic, homoeopathic or herbal medicines and supplements / वर्तमान में ली जा रही दवाइयाँ — आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक, जड़ी-बूटी और सप्लीमेंट सहित

☐ Prescription attached / पर्ची (प्रिस्क्रिप्शन) संलग्न है

Allergies / एलर्जी

☐ Penicillin / amoxicillin / पेनिसिलिन / एमोक्सिसिलिन ☐ Other antibiotic / अन्य एंटीबायोटिक

☐ Local anaesthetic (injection) / सुन्न करने का इंजेक्शन (लोकल एनेस्थीसिया) ☐ Latex / rubber gloves / लेटेक्स / रबर के दस्ताने

☐ Aspirin or painkillers / एस्पिरिन या दर्द निवारक दवा ☐ Iodine / Betadine / आयोडीन / बीटाडीन ☐ Metals / धातु

☐ Food / भोजन ☐ Other / अन्य ☐ No known allergy / कोई ज्ञात एलर्जी नहीं

What happened during the reaction? / एलर्जी होने पर क्या हुआ था?

Have you ever had a problem with general anaesthesia or sedation? / क्या कभी जनरल एनेस्थीसिया या बेहोशी की दवा से कोई परेशानी हुई है? ☐ Yes / हाँ

☐ No / नहीं

Details / विवरण

7 DENTAL HISTORY · दाँतों से संबंधित पिछला विवरण

Reason for today's visit / आज आने का कारण

☐ Pain / दर्द ☐ Check-up / जाँच ☐ Cleaning / सफ़ाई ☐ Broken tooth / टूटा हुआ दाँत ☐ Cosmetic / appearance / सुंदरता / बनावट

☐ Second opinion / दूसरी राय ☐ Follow-up / पुनः जाँच ☐ Other / अन्य

If in pain, describe (which tooth, since when, what makes it worse) / यदि दर्द है, तो बताएँ (कौन-सा दाँत, कब से, किससे बढ़ता है)

Date of last dental visit / पिछली दंत जाँच कब हुई / Previous clinic / dentist / पिछला क्लिनिक / डॉक्टर

Please tick any that apply / जो लागू हो उस पर निशान लगाएँ

☐ Bleeding gums / मसूड़ों से खून आना ☐ Sensitivity to hot / cold / sweet / ठंडा / गरम / मीठा लगना ☐ Bad breath / मुँह से दुर्गंध

☐ Loose teeth / दाँत हिलना ☐ Food getting stuck between teeth / दाँतों के बीच खाना फँसना ☐ Dry mouth / मुँह सूखना

☐ Mouth ulcers that do not heal / मुँह के छाले जो ठीक नहीं होते ☐ White or red patch in the mouth / मुँह में सफ़ेद या लाल धब्बा

☐ Burning sensation in mouth / मुँह में जलन ☐ Difficulty opening the mouth fully / मुँह पूरा खोलने में कठिनाई

☐ Clicking or pain in the jaw / जबड़े में आवाज़ या दर्द ☐ Grinding teeth at night / रात में दाँत पीसना ☐ Difficulty chewing / चबाने में कठिनाई

☐ Unhappy with the look of my teeth / दाँतों की बनावट से असंतुष्ट ☐ Snoring / खरटे लेना

Dental treatment you have had before / पहले करवाया गया दंत उपचार

☐ Filling / भराई (फ़िलिंग) ☐ Cleaning / scaling / सफ़ाई (स्केलिंग) ☐ Root canal (RCT) / रूट कैनाल (आर.सी.टी.) ☐ Tooth extraction / दाँत निकलवाना

☐ Wisdom tooth removal / अकल दाढ़ निकलवाना ☐ Cap / crown / bridge / कैप / क्राउन / ब्रिज

☐ Denture / नकली दाँत ☐ full / पूरा सेट ☐ partial / आंशिक ☐ Braces / aligners / तार / ब्रेसेज़ / अलाइनर ☐ Implant / इम्प्लांट

☐ Gum treatment / मसूड़ों का इलाज ☐ Teeth whitening / दाँत सफ़ेद कराना

Have you ever had trouble getting numb with a dental injection? / क्या कभी सुन्न करने के इंजेक्शन से दाँत ठीक से सुन्न नहीं हुआ? ☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

How nervous are you about dental treatment? (1 = not at all, 10 = very nervous) / दंत उपचार को लेकर आप कितना घबराते हैं? (1 = बिल्कुल नहीं, 10 = बहुत अधिक)

1☐

2☐

3☐

4☐

5☐

6☐

7☐

8☐

9☐

10☐

8 HABITS & ORAL CARE · आदतें एवं मुँह की देखभाल

Tobacco and areca nut — please answer honestly. This directly affects your oral health and the treatment we advise. / तंबाकू एवं सुपारी — कृपया सही जानकारी दें। इसका सीधा असर आपके मुँह के स्वास्थ्य और सुझाए जाने वाले उपचार पर पड़ता है।

☐ Cigarette / bidi — number per day:

सिगरेट / बीड़ी — प्रतिदिन कितनी:

For how many years:

कितने वर्षों से:

☐ Gutkha / khaini / zarda / mawa — times per day: _____ For how many years: _____
गुटखा / खैनी / जर्दा / मावा — दिन में कितनी बार: _____ कितने वर्षों से: _____

☐ Paan with tobacco / तंबाकू वाला पान ☐ Paan without tobacco / बिना तंबाकू का पान

☐ Supari (areca nut) — times per day: / सुपारी — दिन में कितनी बार: _____ ☐ Snuff / gul / mishri / सूँघने वाला तंबाकू / गुल / मिश्री

☐ Ex-user — quit in year: / पहले सेवन करते थे — किस वर्ष छोड़ा: _____ ☐ No tobacco use / तंबाकू का सेवन नहीं करता/करती

Alcohol / शराब ☐ Never / कभी नहीं ☐ Occasionally / कभी-कभार ☐ Regularly — how often: / नियमित रूप से — कितनी बार: _____

Oral care / मुँह की देखभाल

Brushing / ब्रश ☐ Once a day / दिन में एक बार ☐ Twice a day / दिन में दो बार ☐ Not daily / रोज़ नहीं

Using / किससे ☐ Toothbrush and paste / ब्रश और पेस्ट ☐ Finger / manjan / tooth powder / उँगली / मंजन / दंत पाउडर ☐ Datun / neem / दातुन / नीम

☐ Electric brush / इलेक्ट्रिक ब्रश

Do you use floss or an interdental brush? / क्या आप फ़्लॉस या दाँतों के बीच का ब्रश उपयोग करते हैं? ☐ Daily / रोज़ ☐ Sometimes / कभी-कभी

☐ Never / कभी नहीं

Do you use mouthwash? / क्या आप माउथवॉश उपयोग करते हैं? ☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं

Source of drinking water / पीने के पानी का स्रोत ☐ Municipal supply / नगर निगम की सप्लाई ☐ Borewell / handpump / बोरवेल / हैंडपंप

☐ RO or filtered / आर.ओ. या फ़िल्टर ☐ Packaged / can / पैकेज्ड / कैन

Have you or anyone in your family been told you have fluorosis (yellow-brown stains on teeth)? / क्या आपको या परिवार में किसी को फ़्लोरोसिस (दाँतों पर पीले-भूरे दाग) बताया गया है?

☐ Yes / हाँ ☐ No / नहीं ☐ Not sure / पता नहीं

Sweet or aerated drinks (cold drinks, packaged juice, sweet tea) per day / मीठे या ठंडे पेय (कोल्ड ड्रिंक, पैकेट का जूस, मीठी चाय) प्रतिदिन कितनी बार

9 X-RAYS (RADIOGRAPHS) · एक्स-रे

☐ I consent to dental X-rays (IOPA, OPG, CBCT as required) being taken when the dentist considers them necessary for diagnosis and treatment planning. I understand the radiation dose is low and that the reason will be explained to me.
मैं सहमति देता/देती हूँ कि जाँच और उपचार की योजना के लिए आवश्यक होने पर दंत एक्स-रे (IOPA, OPG, CBCT) लिए जा सकते हैं। मुझे बताया गया है कि इसमें विकिरण की मात्रा बहुत कम होती है और हर एक्स-रे का कारण मुझे समझाया जाएगा।

Do you have recent X-rays from another clinic? / क्या किसी अन्य क्लिनिक के हाल के एक्स-रे आपके पास हैं?

☐ Yes — clinic: / हाँ — क्लिनिक: _____ ☐ No / नहीं

☐ Please obtain my previous records and X-rays from the clinic named above.
कृपया उपर्युक्त क्लिनिक से मेरे पिछले रिकॉर्ड और एक्स-रे मँगवा लें।

10 FEES & CLINIC POLICY — PLEASE READ AND TICK · शुल्क एवं क्लिनिक की नीति — कृपया पढ़कर निशान लगाएँ

☐ Consultation and treatment fees are payable at the time of the visit unless agreed otherwise.
परामर्श एवं उपचार शुल्क का भुगतान उसी दिन करना होगा, जब तक कोई अन्य व्यवस्था तय न हो।

☐ Treatment plan and estimate — for treatment beyond consultation and cleaning, I will be given a written plan with an estimated cost. The estimate is a guide; if clinical findings change, I will be informed before any additional cost is incurred.
उपचार योजना एवं अनुमानित खर्च — परामर्श और सफ़ाई से आगे के उपचार के लिए मुझे लिखित योजना और अनुमानित खर्च दिया जाएगा। यह अनुमान मात्र है; जाँच में कुछ बदलाव मिलने पर अतिरिक्त खर्च से पहले मुझे सूचित किया जाएगा।

☐ Insurance — the clinic will assist with paperwork, but approval, the amount payable and any deduction are decided by my insurer or TPA. Any amount not covered is my responsibility.
बीमा — क्लिनिक कागज़ी कार्रवाई में सहायता करेगा, परंतु स्वीकृति, देय राशि और कटौती का निर्णय बीमा कंपनी या TPA करती है। जो राशि बीमा में शामिल नहीं है, उसका भुगतान मेरी ज़िम्मेदारी है।

☐ Appointments — please give at least [24] hours' notice to cancel or reschedule. Repeated missed appointments may attract a fee of ₹[]
अपॉइंटमेंट — रद्द करने या समय बदलने के लिए कम से कम [24] घंटे पहले सूचित करें। बार-बार अनुपस्थित रहने पर ₹[] शुल्क लिया जा सकता है।

☐ Payment modes accepted: cash / UPI / debit or credit card / net banking / EMI [delete as applicable].
भुगतान के स्वीकृत तरीके: नकद / यू.पी.आई. / डेबिट या क्रेडिट कार्ड / नेट बैंकिंग / ई.एम.आई. [जो लागू न हो उसे हटा दें]।

☐ Multiple sittings — some treatments (RCT, crowns, implants, braces) need several visits. Leaving treatment incomplete can damage the tooth, and fees already paid may not be refundable.
एक से अधिक बैठकें — कुछ उपचारों (आर.सी.टी., क्राउन, इम्प्लांट, ब्रेसिज़) में कई बार आना पड़ता है। उपचार बीच में छोड़ने से दाँत को नुकसान हो सकता है और जमा शुल्क वापस नहीं किया जा सकता।

11 CONSENT & DECLARATION · सहमति एवं घोषणा

I confirm that the information given above is true and complete to the best of my knowledge. I will inform the clinic of any change in my health, medicines or contact details. / मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं पूर्ण है। अपने स्वास्थ्य, दवाइयों या संपर्क विवरण में किसी भी बदलाव की सूचना मैं क्लिनिक को दूँगा/दूँगी।

I understand and agree that: / मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि:

- My personal and health data is collected to provide dental care, maintain clinical records, process payments and, where applicable, process insurance or government scheme claims.
मेरी व्यक्तिगत एवं स्वास्थ्य संबंधी जानकारी दंत उपचार देने, रिकॉर्ड रखने, भुगतान की प्रक्रिया पूरी करने तथा (जहाँ लागू हो) बीमा या सरकारी योजना के दावे के लिए एकत्र की जा रही है।

- My data may be shared with the treating dentist and staff, dental laboratories, referred specialists, diagnostic centres, and my insurer, TPA or scheme authority where relevant to my care or claim.
आवश्यकता होने पर यह जानकारी उपचार करने वाले दंत चिकित्सक एवं स्टाफ़, डेंटल लैब, रेफर किए गए विशेषज्ञ, जाँच केंद्र तथा मेरी बीमा कंपनी, TPA या योजना प्राधिकरण के साथ साझा की जा सकती है।
- Clinical photographs, X-rays and models form part of my dental record.
क्लिनिकल फ़ोटो, एक्स-रे और दंतों के माप (मॉडल) मेरे रिकॉर्ड का हिस्सा हैं।
- My data will be handled in accordance with the Digital Personal Data Protection Act, 2023. I may ask for access to my data, ask for corrections, or withdraw consent at any time by writing to the clinic. Withdrawing consent may affect the clinic's ability to continue treatment.
मेरी जानकारी डिजिटल व्यक्तिगत डेटा संरक्षण अधिनियम, 2023 के अनुसार सुरक्षित रखी जाएगी। मैं अपनी जानकारी देखने, उसमें सुधार कराने, अथवा क्लिनिक को लिखित सूचना देकर कभी भी सहमति वापस लेने का अधिकार रखता/रखती हूँ। सहमति वापस लेने पर उपचार जारी रखना संभव नहीं हो सकता।
- Grievance contact: The Practice Manager, Sri Shankara Dental Clinic — privacy@srishankaradental.com
शिकायत के लिए संपर्क: प्रैक्टिस मैनेजर, श्री शंकरा डेंटल क्लिनिक — privacy@srishankaradental.com

Optional — please tick if you agree / वैकल्पिक — सहमत हों तो निशान लगाएँ

- ☐ Appointment reminders by SMS or WhatsApp
एस.एम.एस. या व्हाट्सएप द्वारा अपॉइंटमेंट की याद दिलाना
- ☐ Recall reminders for check-ups and cleaning
जाँच एवं सफ़ाई के लिए समय-समय पर याद दिलाना
- ☐ Use of my de-identified clinical photographs for teaching or clinic publicity (entirely optional; you may withdraw at any time)
शिक्षण या क्लिनिक के प्रचार हेतु मेरी पहचान छिपाकर क्लिनिकल फ़ोटो का उपयोग (पूर्णतः वैकल्पिक; आप कभी भी सहमति वापस ले सकते हैं)

Note: this form registers you as a patient. Separate written consent will be taken before any surgical or major procedure. / सूचना: यह फ़ॉर्म केवल पंजीकरण के लिए है। किसी भी शल्य या बड़े उपचार से पहले अलग से लिखित सहमति ली जाएगी।

Patient signature / thumb impression / रोगी के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान _____ Date / दिनांक ____/____/____

If signed by parent, guardian or attendant / यदि माता-पिता, अभिभावक या साथ आए व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हों

Name / नाम _____ Relationship / संबंध _____

Signature / हस्ताक्षर _____ Date / दिनांक ____/____/____

FOR CLINIC USE ONLY · केवल क्लिनिक के उपयोग हेतु

Received by / प्राप्तकर्ता _____ Date / दिनांक ____/____/____

ID verified / पहचान पत्र देखा गया ☐ Yes / हाँ ABHA linked / ABHA जोड़ा गया ☐ Yes / हाँ Scheme / insurance verified / योजना / बीमा सत्यापित ☐ Yes / हाँ

Medical alerts entered in software / सॉफ़्टवेयर में मेडिकल अलर्ट दर्ज ☐ Yes / हाँ Details / विवरण _____

Treating dentist / उपचार करने वाले चिकित्सक _____ File no. / फ़ाइल सं. _____

Records requested from previous clinic / पिछले क्लिनिक से रिकॉर्ड माँगे गए ____/____/____ Received / प्राप्त हुए ____/____/____

Notes / टिप्पणी
