



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): _____

रोगी पंजीकरण फ़ॉर्म

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 पंजीकरण विवरण

ओ.पी.डी. / पंजीकरण सं. _____ दिनांक ____/____/____

किसके द्वारा भेजा गया

☐ डॉक्टर _____ ☐ पुराने रोगी _____ ☐ ऑनलाइन / गूगल ☐ सोशल मीडिया ☐ बीमा / TPA पैनल ☐ स्वयं आए

☐ अन्य _____

2 रोगी का विवरण

पूरा नाम

पिता / पति का नाम

जन्म तिथि ____/____/____ अथवा आयु _____ वर्ष

लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य

वैवाहिक स्थिति ☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ अन्य

रक्त समूह (ब्लड ग्रुप) _____ व्यवसाय _____

पसंदीदा भाषा ☐ हिन्दी ☐ अंग्रेज़ी ☐ अन्य _____

वर्तमान पता

शहर _____ राज्य _____ पिन कोड _____

स्थायी पता (यदि अलग हो)

मोबाइल नं. _____ वैकल्पिक मोबाइल नं. _____

क्या आपका मोबाइल नंबर व्हाट्सएप पर है? ☐ हाँ ☐ नहीं

ईमेल

संपर्क का पसंदीदा तरीका ☐ कॉल ☐ एस.एम.एस. ☐ व्हाट्सएप ☐ ईमेल

3 हेल्थ आई.डी., सरकारी योजना एवं बीमा

आभा (ABHA) नंबर / ABHA पता

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)

सरकारी योजनाएँ — जो लागू हो उस पर निशान लगाएँ और कार्ड नंबर लिखें

☐ आयुष्मान भारत PM-JAY _____ ☐ CGHS _____ ☐ ECHS _____

☐ ESIC _____ ☐ राज्य की योजना _____

स्वास्थ्य बीमा / कंपनी पैनल

बीमा कंपनी / TPA _____ पॉलिसी नं. _____

नियोक्ता / कंपनी पैनल _____ कर्मचारी आई.डी. _____

क्या आप कैशलेस उपचार चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

कैशलेस उपचार के लिए बीमा कंपनी या TPA से पूर्व-अनुमति (pre-authorisation) आवश्यक है और यह उनकी स्वीकृति पर निर्भर करता है।

4 उत्तरदायी व्यक्ति / अभिभावक

यदि रोगी की आयु 18 वर्ष से कम है या वह स्वयं सहमति देने में असमर्थ है, तो यह भाग भरें।

नाम _____ रोगी से संबंध _____

मोबाइल नं. _____ पता (यदि अलग हो) _____

5 आपातकालीन संपर्क

नाम _____ संबंध _____

मोबाइल नं. _____ वैकल्पिक नं. _____

पारिवारिक डॉक्टर / फिजिशियन _____ फ़ोन _____

6 स्वास्थ्य (चिकित्सा) संबंधी जानकारी

आपका सामान्य स्वास्थ्य दंत उपचार को प्रभावित करता है। कृपया हर प्रश्न का उत्तर ध्यान से दें।

क्या आपको इनमें से कोई रोग है या कभी रहा है?

रोग	हाँ	नहीं	रोग	हाँ	नहीं
हृदय रोग / सीने में दर्द	☐	☐	मधुमेह (शुगर)	☐	☐
हार्ट अटैक (वर्ष: _____)	☐	☐	थायरॉइड की समस्या	☐	☐
हृदय की धड़कन में गड़बड़ी / वाल्व रोग	☐	☐	मिर्गी / दौरे पड़ना	☐	☐
कृत्रिम हृदय वाल्व	☐	☐	दमा (अस्थमा) / साँस की तकलीफ़	☐	☐
रूमेटिक फीवर	☐	☐	क्षय रोग (टी.बी.)	☐	☐
पेसमेकर लगा है	☐	☐	गुर्दे (किडनी) का रोग / डायलिसिस	☐	☐
उच्च रक्तचाप (हाई बी.पी.)	☐	☐	यकृत (लिवर) का रोग	☐	☐
निम्न रक्तचाप (लो बी.पी.)	☐	☐	पीलिया / हेपेटाइटिस बी या सी	☐	☐
लकवा / स्ट्रोक (वर्ष: _____)	☐	☐	एच.आई.वी.	☐	☐
खून की कमी (एनीमिया)	☐	☐	कैंसर (प्रकार: _____)	☐	☐
खून का न रुकना	☐	☐	सिर या गले की रेडियोथेरेपी (सैंक)	☐	☐
थैलेसीमिया / सिकल सेल	☐	☐	कीमोथेरेपी	☐	☐
हड्डियों का कमज़ोर होना (ऑस्टियोपोरोसिस)	☐	☐	अम्लता (एसिडिटी) / पेट का अल्सर	☐	☐
जोड़ प्रत्यारोपण (वर्ष: _____)	☐	☐	चक्कर आना / बेहोशी	☐	☐
गठिया (आर्थराइटिस)	☐	☐	मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्या	☐	☐

कोई अन्य बीमारी, ऑपरेशन या अस्पताल में भर्ती

यदि इनमें से कुछ आप पर लागू होता है तो निशान लगाएँ

- ☐ मैं खून पतला करने वाली दवा लेता/लेती हूँ (जैसे इकोस्प्रिन/एस्पिरिन, क्लोपिडोग्रेल, वारफ़ेरिन, एपिक्साबैन, रिवारोक्साबैन)
- ☐ मैं हड्डियों की कमज़ोरी की दवा लेता/लेती हूँ — बिसफ़ॉस्फ़ोनेट या डेनोसुमैब (जैसे फ़ोसामैक्स, ज़ोलेड्रॉनिक एसिड, प्रोलिया)
- ☐ मैं स्टेरॉयड लेता/लेती हूँ (जैसे प्रेडनिसोलोन / वायसोलोन)
- ☐ मैं रोग-प्रतिरोधक क्षमता घटाने वाली दवा लेता/लेती हूँ, या मेरी रोग-प्रतिरोधक क्षमता कम है
- ☐ मुझे दंत उपचार से पहले एंटीबायोटिक लेने की सलाह दी गई है
- ☐ मैं गर्भवती हूँ — महीना: _____ ☐ मैं स्तनपान करा रही हूँ

वर्तमान में ली जा रही दवाइयाँ — आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक, जड़ी-बूटी और सप्लीमेंट सहित

☐ पर्ची (प्रिस्क्रिप्शन) संलग्न है

एलर्जी

- ☐ पेनिसिलिन / एमोक्सिसिलिन
- ☐ अन्य एंटीबायोटिक _____
- ☐ सुन्न करने का इंजेक्शन (लोकल एनेस्थीसिया)
- ☐ लेटेक्स / रबर के दस्ताने
- ☐ एस्पिरिन या दर्द निवारक दवा
- ☐ आयोडीन / बीटाडीन
- ☐ धातु _____
- ☐ भोजन _____
- ☐ अन्य _____
- ☐ कोई ज्ञात एलर्जी नहीं

एलर्जी होने पर क्या हुआ था?

क्या कभी जनरल एनेस्थीसिया या बेहोशी की दवा से कोई परेशानी हुई है? ☐ हाँ ☐ नहीं

7 दाँतों से संबंधित पिछला विवरण

आज आने का कारण

☐ दर्द

☐ जाँच

☐ सफ़ाई

☐ टूटा हुआ दाँत

☐ सुंदरता / बनावट

☐ दूसरी राय

☐ पुनः जाँच

☐ अन्य _____

यदि दर्द है, तो बताएँ (कौन-सा दाँत, कब से, किससे बढ़ता है)

पिछली दंत जाँच कब हुई _____/_____ पिछला क्लिनिक / डॉक्टर _____

जो लागू हो उस पर निशान लगाएँ

☐ मसूड़ों से खून आना

☐ ठंडा / गरम / मीठा लगना

☐ मुँह से दुर्गंध

☐ दाँत हिलना

☐ दाँतों के बीच खाना फँसना

☐ मुँह सूखना

☐ मुँह के छाले जो ठीक नहीं होते

☐ मुँह में सफ़ेद या लाल धब्बा

☐ मुँह में जलन

☐ मुँह पूरा खोलने में कठिनाई

☐ जबड़े में आवाज़ या दर्द

☐ रात में दाँत पीसना

☐ चबाने में कठिनाई

☐ दाँतों की बनावट से असंतुष्ट

☐ खरटे लेना

पहले करवाया गया दंत उपचार

☐ भराई (फ़िलिंग)

☐ सफ़ाई (स्केलिंग)

☐ रूट कैनाल (आर.सी.टी.)

☐ दाँत निकलवाना

☐ अक्ल दाढ़ निकलवाना

☐ कैप / क्राउन / ब्रिज

☐ नकली दाँत

☐ पूरा सेट

☐ आंशिक

☐ तार / ब्रेसज़ / अलाइनर

☐ इम्प्लांट

☐ मसूड़ों का इलाज

☐ दाँत सफ़ेद कराना

क्या कभी सुन्न करने के इंजेक्शन से दाँत ठीक से सुन्न नहीं हुआ? ☐ हाँ ☐ नहीं

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 आदतें एवं मुँह की देखभाल

तंबाकू एवं सुपारी — कृपया सही जानकारी दें। इसका सीधा असर आपके मुँह के स्वास्थ्य और सुझाए जाने वाले उपचार पर पड़ता है।

☐ सिगरेट / बीड़ी — प्रतिदिन कितनी: _____ कितने वर्षों से: _____

☐ गुटखा / खैनी / ज़र्दा / मावा — दिन में कितनी बार: _____ कितने वर्षों से: _____

☐ तंबाकू वाला पान

☐ बिना तंबाकू का पान

☐ सुपारी — दिन में कितनी बार: _____

☐ सूँघने वाला तंबाकू / गुल / मिश्री

☐ पहले सेवन करते थे — किस वर्ष छोड़ा: _____

☐ तंबाकू का सेवन नहीं करता/करती

शराब ☐ कभी नहीं ☐ कभी-कभार ☐ नियमित रूप से — कितनी बार: _____

मुँह की देखभाल

ब्रश ☐ दिन में एक बार ☐ दिन में दो बार ☐ रोज़ नहीं

किससे ☐ ब्रश और पेस्ट ☐ उँगली / मंजन / दंत पाउडर ☐ दातुन / नीम ☐ इलेक्ट्रिक ब्रश

क्या आप फ़्लॉस या दाँतों के बीच का ब्रश उपयोग करते हैं? ☐ रोज़ ☐ कभी-कभी ☐ कभी नहीं

क्या आप माउथवॉश उपयोग करते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

पीने के पानी का स्रोत ☐ नगर निगम की सप्लाई ☐ बोरवेल / हैंडपंप ☐ आर.ओ. या फ़िल्टर ☐ पैकेज्ड / कैन

क्या आपको या परिवार में किसी को फ़्लोरोसिस (दाँतों पर पीले-भूरे दाग) बताया गया है? ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ पता नहीं

मीठे या ठंडे पेय (कोल्ड ड्रिंक, पैकेट का जूस, मीठी चाय) प्रतिदिन कितनी बार _____

9 एक्स-रे

☐ 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।

क्या किसी अन्य क्लिनिक के हाल के एक्स-रे आपके पास हैं? ☐ हाँ — क्लिनिक: _____ ☐ नहीं

☐ कृपया उपर्युक्त क्लिनिक से मेरे पिछले रिकॉर्ड और एक्स-रे मँगवा लें।

10 शुल्क एवं क्लिनिक की नीति — कृपया पढ़कर निशान लगाएँ

☐ परामर्श एवं उपचार शुल्क का भुगतान उसी दिन करना होगा, जब तक कोई अन्य व्यवस्था तय न हो।

☐ 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।

☐ 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।

☐ 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।

☐ भुगतान के स्वीकृत तरीके: नकद / यू.पी.आई. / डेबिट या क्रेडिट कार्ड / नेट बैंकिंग / ई.एम.आई. [जो लागू न हो उसे हटा दें]।

☐ 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 सहमति एवं घोषणा

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।

मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि:

- 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।
- 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।
- क्लिनिकल फ़ोटो, एक्स-रे और दाँतों के माप (मॉडल) मेरे रिकॉर्ड का हिस्सा हैं।
- 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।
- शिकायत के लिए संपर्क: प्रैक्टिस मैनेजर, श्री शंकरा डेंटल क्लिनिक — privacy@srishankaradental.com

वैकल्पिक — सहमत हों तो निशान लगाएँ

- ☐ एस.एम.एस. या व्हाट्सएप द्वारा अपॉइंटमेंट की याद दिलाना
- ☐ जाँच एवं सफ़ाई के लिए समय-समय पर याद दिलाना
- ☐ शिक्षण या क्लिनिक के प्रचार हेतु मेरी पहचान छिपाकर क्लिनिकल फ़ोटो का उपयोग (पूर्णतः वैकल्पिक; आप कभी भी सहमति वापस ले सकते हैं)

सूचना: यह फ़ॉर्म केवल पंजीकरण के लिए है। किसी भी शल्य या बड़े उपचार से पहले अलग से लिखित सहमति ली जाएगी।

रोगी के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान _____ दिनांक ____/____/____

यदि माता-पिता, अभिभावक या साथ आए व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हों

नाम _____ संबंध _____

हस्ताक्षर _____ दिनांक ____/____/____

केवल क्लिनिक के उपयोग हेतु

प्राप्तकर्ता _____ दिनांक ____/____/____

पहचान पत्र देखा गया ☐ हाँ ABHA जोड़ा गया ☐ हाँ योजना / बीमा सत्यापित ☐ हाँ

सॉफ़्टवेयर में मेडिकल अलर्ट दर्ज ☐ हाँ विवरण _____

उपचार करने वाले चिकित्सक _____ फ़ाइल सं. _____

पिछले क्लिनिक से रिकॉर्ड माँगे गए ____/____/____ प्राप्त हुए ____/____/____

टिप्पणी
