

प्रयास नशामुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र

उपचार हेतु सहमति प्रत्र

मैंप्रयास नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र के चिकित्सकों व स्वास्थ्य कर्मचारियों को स्वयं मेरे संबंधी नाम.....जो मेरा जो किनशा करता है। उपचार हेतु आवश्यक औषधियों के उपयोग की अनुमति देता/देती हूँ । इसके पूर्व हम सस्थां को पूर्णरूप से समझ चुके है । उपचार या पुर्नवास के दौरान उत्पन्न जोखिम जैसे विडरोल आने पर तोड़-फोड़ करना, अपने आप को क्षति पहुँचाना या किसी भी कारणवश अपनी (स्वयं) की जान खतरे में डालना/मृत्यु को प्राप्त कर लेना। इन सभी के लिये मैं स्वयं जिम्मेदार रहूंगा यह निर्णय हम पूरे होश-हवास में कर रहे है। तथा कानूनी तौर पर मैं प्रयास नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र के चिकित्सकों व स्वास्थ्य कर्मचारियों को इन जिम्मेदारियों से मुक्त करता/करती हूँ।

नगद धन राशि जेवर व कीमती समान इत्यादि केन्द्र के अधिकारियों के निर्देशानुसार उतारकर मैं अपने अधिकार में लिए है तथा इस संबंध में किसी भी प्रकार की क्षति की जिम्मेदारी केन्द्र की नहीं है।

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़कर सरल भाषा में समझ ली है।

हस्ताक्षर	गवाह	हस्ताक्षर.....
.....	मरीज

रोगी को स्वेच्छा से केन्द्र से जाने / ले जाने बाबत्

घोषणा पत्र

(चिकित्सक की सहमति के विरुद्ध केन्द्र से रोगी की छुट्टी करवाते समय

रोगी /संबंधी द्वारा लिखित घोषणा पत्र)

मैंरोगी का नामको जो कि मेरा.....

.....है को प्रयास नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र के चिकित्सको

की अनुमति के विरुद्ध केन्द्र से ले जा रहा/ रही हूँ एवं मुझे इस प्रकार से केन्द्र से जाने

के जोखिमों के बारे में पूरी तरह समझा दिया गया है, इसके बावजूद मैं अपने रोगी को ले

जाना चाहता/चाहती हूँ व सभी प्रकार के जोखिमों का जिम्मेदार मैं स्वयं होऊंगा/होऊंगी

व केन्द्र के चिकित्सकों व अन्य कर्मचारियों को सभी प्रकार के जिम्मेदारियों से मुक्त

करता/करती हूँ।

हस्ताक्षर दिनांक संबंधी मरीज

प्रयास नशामुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र

सहमति पत्र

.....पुत्र/पिता/पति.....

पूर्ण पताआज दिनांक.....समय.....

अपनेजिनका नाम.....उम्र.....है। जिनको हम प्रयास नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा केन्द्र में नशामुक्ति एवं पुनर्वास हेतु भर्ती करा रहे हैं।

1- मैं / हम कम से कम 30/60/90/120 दिनों के लिए भर्ती हो रहा हूँ/ कर रहा हूँ।

2- मरीज को/ मुझे इलाज के बीच में छुट्टी मांगने पर छुट्टी न की जावे।

3- यदि किसी अति आवश्यक कार्य के लिए इलाज के बीच में छुट्टी की जाती है तो मैं

उपचार का पूर्ण खर्च जो केन्द्र से निर्धारित किया गया है वह वहन करूंगा।

4- मैं नियमित रूप से योगा, ध्यान, प्रार्थना, परामर्श, मनोचिकित्सा तथा अन्य सभी

कक्षाओं में उपस्थित रहूंगा।

5- मैं केन्द्र के सभी नियमों का जैसे-भर्ती प्रक्रिया, चिकित्सा प्रक्रिया, रहन-सहन बन्द

वातावरण तथा अन्य सभी प्रक्रिया को पूर्ण रूप से समझ चुका हूँ तथा मैं/ हम इसे

स्वीकार करता हूँ/करते हैं।

6- मैं/हम केन्द्र के सभी नियमों का पालन करूंगा / करेंगे तथा इनका उल्लंघन नहीं

करूंगा/ करेंगे, यदि मैं इनका उल्लंघन करता हूँ / करते हैं तो केन्द्र द्वारा दिया गया

दण्ड स्वीकार रहेगा।

7- इलाज के दौरान मेरे द्वारा की गई तोड़-फोड़ या किसी अन्य नुकसान की भरपाई

हमारे /मेरे द्वारा किया जायेगा।

8- स्वास्थ्य गंभीर होने या किसी कारणवश मृत्यु होने पर जिम्मेदारी हमारी स्वयं की होगी

तथा हम केन्द्र तथा इनके कर्मचारी को इस सभी से मुक्त करते हैं।

9- केन्द्र में जैसे- इलाज/खाना/दवाई/अन्य खर्च के लिए जमा की गई राशि किसी भी

स्थिति में वापस नहीं होगी यह हमें स्वीकार है।

10- मैं/ हम उपरोक्त विवरण को अपनी सरल भाषा में समझ लिया है तथा मैं / हम

इसे स्वीकार करता हूँ/करते हैं।

हस्ताक्षर

भर्ती करने वाले व्यक्ति

हस्ताक्षर

भर्ती करने वाले व्यक्ति

हस्ताक्षर

मरीज

नाम.....

पता.....

.....

फोन नं. 123

...