

## अटी आणि सहमती पत्रक

- ◆ मी / आम्ही / माझ्या कुटुंबातील सदस्य आमच्या स्वतःच्या इच्छेने आदित्य होमिओपॅथीक हॉस्पिटल आणि हिलिंग सेंटर, पिंपरी च्या डॉक्टरांकडून उपचार घेऊ इच्छितो. मला / आम्हाला या उपचारा संबंधी सर्व माहिती देण्यात आली आहे.
- ◆ मला / आम्हाला सांगण्यात आले आहे की उपचारा नंतर शंभर टक्के बरे होण्याबाबत कुठलीही खात्री देण्यात येत नाही. जरी आम्हाला काही उपयोग झाला नाही तरी सुद्धा आम्ही कुठल्याही प्रकारच्या नुकसान भरपाईची मागणी करणार नाही.
- ◆ मी / आम्ही / माझ्या कुटुंबातील सदस्य माझ्या / आमच्या आजार व उपचारा संदर्भात सर्व माहिती संशोधन व शिक्षणासाठी वापरण्याचे पूर्ण अधिकार आदित्य होमिओपॅथीक हॉस्पिटल आणि हिलिंग सेंटर, पिंपरी यांना देत आहोत. माझ्या केस संदर्भात पेशंटचे संपूर्ण व्हिडीओ शूटिंग करण्यास माझी परवानगी आहे. ही माहिती वेबसाईट [ahhhc.com](http://ahhhc.com) व इतर सर्व ठिकाणी प्रसिद्ध करण्यास माझी / आमची पूर्ण सहमती आहे.
- ◆ कुठल्याही प्रकारे विवाद उत्पन्न झाल्यास / आजारात वाढ अथवा मृत्यू च्या परिस्थितीमध्ये सर्व जबाबदारी माझी / आमची राहिल व आदित्य होमिओपॅथीक हॉस्पिटल आणि हिलिंग सेंटर, पिंपरी वर कुठल्याही प्रकारची जबाबदारी राहणार नाही.
- ◆ मी / आम्ही वरील सर्व शर्ती व अटी च्या अधिन राहून माझ्या / आमच्या जबाबदारीवर माझ्या / माझ्या कुटुंबातील सदस्यांवर उपचार करण्यास सहमती देत आहोत.

## शर्त एवं सहमति पत्र

- ◆ मैं / हम आदित्य होमिओपॅथिक हॉस्पिटल और हिलिंग सेंटर, पिंपरी के चिकित्सकों द्वारा प्रदत्त चिकित्सा अपने लिए / अपने परिवार के सदस्य के लिए चाहता हूँ। मुझे / हमें क्लिनिक द्वारा प्रदत्त चिकित्सा की पूरी जानकारी दी गई है।
- ◆ मुझे / हमें चिकित्सा के संबंध में रोग के ठीक होने के लिए किसी भी प्रकार का आश्वासन या गारंटी नहीं दी गई है। मुझे / हमें बताया गया है कि चिकित्सा के पश्चात शत-प्रतिशत सफलता कोई निश्चितता नहीं है। अगर मुझे / हमें चिकित्सा से कोई लाभ न हो तो मैं / हम किसी भी प्रकार के दावे का अधिकारी नहीं हूँ / होंगे।
- ◆ मैं / हम उपरोक्त शर्तों एवं जानकारी के आलोक में स्वेच्छा से अपनी ही जिम्मेवारी पर अपनी या अपने परिवार के सदस्य की चिकित्सा कराने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता हूँ।
- ◆ मैं / हम, मेरे / मेरे परिवार के सदस्य की चिकित्सा के बारे में उपर्युक्त जानकारी आदित्य होमिओपॅथिक हॉस्पिटल और हिलिंग सेंटर, पिंपरी के सभी पत्राचार या वेबसाईट [ahhhc.com](http://ahhhc.com) में शिक्षा एवं शोध के हेतु उपयोग में लाने की अनुमति देता हूँ।
- ◆ किसी भी प्रकार के विवाद की स्थिति में उत्पन्न रोग में वृद्धि या मृत्यु की सारी जिम्मेवारी मेरी / हमारी होगी और इसके लिए आदित्य होमिओपॅथिक हॉस्पिटल और हिलिंग सेंटर, पिंपरी पर किसी भी प्रकार की जिम्मेवारी नहीं होगी।
- ◆ मैं / हम उपरोक्त सभी शर्तों पर अपनी सहमती प्रदान करता हूँ।

## **Terms & Conditions Agreement**

- ◆ I / We am / are pleased to take treatment for myself / my family member by the Doctors at Aditya Homoeopathic Hospital & Healing Centre, Pimpri. I want to take the advantage of this treatment for me / my dependent Sickness / Ailments. I / we have been informed about the methods and implication of treatment at this clinic.
- ◆ I / We hereby confirm and acknowledge that I / we have not been given any promise or guarantee about the cure of my ailment. I / we have been informed that there is no 100% success, which I / we am / are undertaking. In case I / we do not respond positively, I / we will be in no position to make any claim whatsoever.
- ◆ I / We wish to undertake treatment for myself / my family member after getting informed about the risk and methodology. I / We give my consent for treatment at my own risk and responsibility.
- ◆ I willingly give my consent of use all information about me / my family member as a patient to be displayed in all media and website [ahhhc.com](http://ahhhc.com) of Aditya Homoeopathic Hospital & Healing Centre, Pimpri for research & education purpose.
- ◆ In case of any dispute raised due to treatment such as increase in disease or death, all the responsibility will be mine / ours. Aditya Homoeopathic Hospital & Healing Centre, Pimpri will in no way be held responsible.
- ◆ I agree with the terms and conditions as above.

हस्ताक्षर अभिभावक

Signature Guardian.

Name :

Phone No. :

e-mail Id :

हस्ताक्षर रोगी

Signature Patient.

Name :

Phone No. :

e-mail Id :