



SHRI VATS AYURVEDIC CHIKITSALAYA

640/ C, Chirag Delhi, New Delhi-110017

PANCHKARMA CONCERN

UHID.....UAC 2164..... OPD.....2165..... Room No.....Therapy room..... Date.....24/09/2021

Patient's Name(रोगी का नाम).....Sabita Bera.....
 Father's/ Husband's Name (पिता/पति का नाम).....W/o Sudhanshu Sakar Bera.....
 Date (दिनांक).....24/09/2021..... Age (उम्र).....54..... Sex (लिंग).....Female.....
 Address & Phone No (पता एवं फोन नं.).....Flat no. F3, FF, B. No 642, Chirag Delhi, Delhi-110017.....
 Treatment Benefits (उपचार के लाभ).....Relief in pain.....
 Risk (जोखिम).....
 Alternative (विकल्प).....

हमें हमारी थैरेपी के बारे में पूर्णतः बता दिया गया है एवं थैरेपी के आने वाले उपद्रवों के बारे में भी बता दिया गया है |

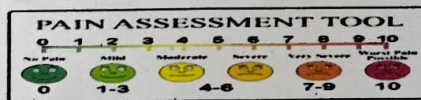
जैसे :-

घुटनों में सूजन	☐	झनझनाहट	☐
पैरों में दर्द	☐	अकड़न	☐
पेट में भारीपन	☐	सुन्नपन	☐
कमर में दर्द	☐	उल्टी	☐
दर्द में वृद्धि	☐	दस्त	☐
बुखार आना	☐	बी.पी कम होना	☐

आदि के बारे में डाक्टर द्वारा अवगत करा दिया गया है | मैं स्वतः अपनी इच्छानुसार अपनी होनी वाली थैरेपी
 के बारे में पूर्णतः जात होने के पश्चात इन्हें कराने के लिए तैयार हूँ | इसकी पूर्णतः जिम्मेदारी मेरी स्वयं की होगी |

➤ थैरेपिस्ट का नाम थैरेपिस्ट हस्ताक्षर
 ➤ डाक्टर का नाम डाक्टर हस्ताक्षर
 ➤ रोगी के हस्ताक्षर प्रत्याक्षी दिनांक.....
 We are informed about the therapy & also about the complication in which e.g.....

Swelling in Joints	☐	Tingling sensation	☐
Pain in Legs	☐	Tenderness	☒
Tenderness in abdomen	☐	Numbness	☒
Backache	☐	Vomiting	☐
Increase pain	☐	Loose motion	☐
Fever	☐	Decrease B.P	☒



➤ After Explaining about the complication & the benefits I will be responsible for everything and give full permission to the doctors & the therapists to perform.....Abhyanga - Sweda, Nadi Swed, Pichu.....
 ➤ Therapist's Name.....Gyan Devi..... Therapist Signature.....[Signature].....
 ➤ Doctor's name.....Dr. Pushkar Sharma..... Doctor Signature.....[Signature].....
 ➤ Patient's Signature.....साविता बेरा..... Witness.....Self..... Date.....24/09/2021

[Signature]
 Shri Vats Ayurvedic Chikitsalaya
 640/C, Chirag Delhi
 New Delhi-110017



SHRI VATS AYURVEDIC CHIKITSALAYA

640/ C, Chirag Delhi, New Delhi-110017

PH. No.011-29256867 / 7982440732

GENERAL CONSENT

UHID. VAC 2164 OPD. 2165 Room No. Therapy Room Date. 24/09/21
I. Sabita Bera W/o, S/o, D/o Mr. Sudhanshu Sekhose Bera
R/O Flat NO. F3 First Floor, Building no. 642, Chirag Delhi-110017
Date of Admission 24/09/21 Age 54 Sex F
Has been clearly explained about the Procedure Abhyanga Sweda + Nadi Swed + Pichu.
By Dr. Dr. Pushkar Sharma

I have been clearly explained about the complications and other impacts of procedure by the doctor clearly in my own language. I have been explained about the expenses for the procedure clearly. I have been explained about the procedure and in case of any emergency or further referral to any higher centre, the required expenses in that case will be paid by me. I am giving my consent for the procedure mention about.

मैं..... पिता/पति का नाम..... पता.....
..... (दिनांक)..... उम्र..... लिंग.....

डॉ. पुष्कर शर्मा ने मुझे मुझ पर होने वाली प्रक्रिया (थैरेपी) के बारे में पूर्णतः बता दिया है। जिसमें आने वाले उपद्रवों के बारे में भी मुझे मेरी भाषा में बता दिया गया है। यदि किसी भी थैरेपी के दौरान आई आपातकालीन स्थिति में मुझे किसी दूसरे बड़े अस्पताल एवं क्लीनिक में जाना पड़ता है तो इसका पूर्ण खर्चा मुझे स्वयं वाहन करना होगा। मैं क्लीनिक के सारे नियम व कानून पढ़ चुका/चुकी हूँ एवं मुझे बता दिया गया है और मैं अपनी स्वीकृति दे रहा/रही हूँ।

Patient's Name (रोगी का नाम) Mrs. Sabita Bera

Signature (हस्ताक्षर) Sabita Bera

Date (दिनांक) 24/09/21

Place (स्थान) New Delhi

Witness (प्रत्यक्षी) Mrs. Sabita Bera

Doctor's Name (चिकित्सक नाम) Dr. Pushkar Sharma

Signature (हस्ताक्षर) Pushkar Sharma

Date (दिनांक) 24/09/21

Shri Vats Ayurvedic Chikitsalaya
640/C, Chirag Delhi
New Delhi-110017



SHRI VATS AYURVEDIC CHIKITSALAYA

640/ C, Chirag Delhi, New Delhi-110017

PANCHKARMA CONCERN

UHID...UAC 2164..... OPD...2165..... Room No...Therapy room..... Date...24/09/2021

CARE PLAN

Patient's Name(रोगी का नाम).....Saba Bera

Father's/Husband's Name (पिता/पति का नाम).....w/o Sudhanshu Sekhar Bera

Date (दिनांक).....24/09/2021..... Age (उम्र).....54..... Sex (लिंग).....Female

Procedure Perform (प्रक्रिया).....Abhyanga - Sweda , Picchu , Nadi° Swed

Provisional Diagnosis (रोग निश्चय).....सर्वागशूल (Sarvaagshul)

Final Diagnosis (रोग विनिश्चय).....सर्वागशूल (Sarvaagshul)

Doctor Name (चिकित्सक नाम).....Dr. Pushkar Sharma

Therapist Name(सहायक नाम).....Griyan Devi

Details of Therapy : 1) Abhyanga - Sweda - Regular 7 days (By Shirobala Tailam)
Swedan by Dashmool ghan Khasayam
2) Nadi° - Swed - By Nadi° Swedan Mantra = 30 min. X 7 days
By Dashmoola ghan Khasayam
3) Shiro picchu - Dhanwantaram (10 ml) + Narayan Tailam (10ml)
30 min X 7 days + a square cloth 40
inch for bandaging on head ache

Doctor's Name (चिकित्सक नाम).....Dr. Pushkar Sharma

Date (दिनांक).....24/09/2021

Signature (हस्ताक्षर).....Shri Vats Ayurvedic Chikitsalaya

640/C, Chirag Delhi
New Delhi-110017