

PANCHKARMA CONCERN

UHID- MAC 1518 OPD- 1520 Room No. Therapy room Date 6/6/21

Patient's Name (रोगी का नाम) Mahi
 Father's/ Husband's Name (पिता/पति का नाम) Abhi Kumar
 Date (दिनांक) 6/6/2021 Age (उम्र) 18y Sex (लिंग) Female
 Address & Phone No (पता एवं फोन नं.)
 Treatment Benefits (उपचार के लाभ) Body pain relief
 Risk (जोखिम) Burning sensation
 Alternative (विकल्प) P.P.S

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	☐	इनझनाइट	☐
	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 ज्ञात 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 Swedan (Steam Bath)
 ➤ Therapist's Name Gagan Devi Therapist Signature [Signature]
 ➤ Doctor's name Doctor Signature ..
 ➤ Patient's Signature [Signature] Witness Abhi Kumar Date 6/6/2021

PANCHKARMA CONCERN

UHID: NAC 1664 OPD: 1666 Room No: Therapy room Date: 23/6/2021

Patient's Name (रोगी का नाम) Laxmi
 Father's/ Husband's Name (पिता/पति का नाम) Jitender
 Date (दिनांक) 23/6/2021 Age (उम्र) 25 Sex (लिंग) Female
 Address & Phone No (पता एवं फोन नं.)
 Treatment Benefits (उपचार के लाभ) Abhyanga - Swed
 Risk (जोखिम) Rashes on skin
 Alternative (विकल्प) Patra Pottli Pina Sweda

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 - Swed
- Therapist's Name Gagan Devi Therapist Signature जाज देवी
- Doctor's name Doctor Signature . ..
- Patient's Signature Laxmi Witness Self Date 23/6/2021

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 (बिग) Female
 Address & Phone No (पता एवं फोन नं.) Relief in pain
 Treatment Benefits (उपचार के लाभ) Rashes
 Risk (जोखिम) Nil
 Alternative (विकल्प) Nil

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 ज्ञात 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 Sanjay Devi Therapist Signature Sanjay Devi

➤ Doctor's name Doctor Signature

➤ Patient's Signature Sabita Bera Witness Self Date 24/09/2021