

- Joint Pain
- Cervical Pain
- Low Back Ache

- Detoxification
- Rejuvenation
- Shirodhara, Shiro Basti
Shiro Pichu
- Kati Basti, Prishtha Basti
Janu Basti
- Akshi Tarpana
- Nasya
- Basti
- Abhyanga
- Swedanam

- Acidity
- Constipation
- Liver Treatment

- Steamer
- Panchikarma Room
- Ayurvedic Treatment

Name: Shakhar Singh
W/o, D/o, S/o: Shree Nath Singh
Chief Complain
History H/O Home Problem
NO
Menstrual History N/A 0/0

Diagnosis:

अहविष परिक्षा

स्थिति Hot

शब्द Clean

Face (आकृति) 

Eye (आई) _____

Jiwha (जिह्वा) *catel*

Urine (गुत्र) ५५

Stool (मल) Hemorrhoid

Nadi (वात, पित्त, कफ)

(Dash Vidha)

1. Prakrutii Vrutkaphasy
2. Vikrutii Vrutg
3. Saranam
4. Samhana m
5. Pramana m
6. Satmya m
7. Satva m
8. Aahar Shakti m
9. Vaya m
10. Vyayam Shakti m

Vitals:

B.P.: 128/90

Weight.: 83.931g

Height: 5-10

RBS.: 120

NEXT CONSULATION DATE: After 1 month

Date
28.09.2021
Time 9:30 AM

- Ischemia
- depression
- lower back pain

Actu
der Sudhi pow] रीत को लाने से पहले
9mmure Tab 0-0 के 1/2 चाँद गुनगुनी पानी से
volumikun pow 1/2 चाँद
Baccham vachi 0-0 बाद गुनगुनी
Hrid case cap 0-0 पानी से
लोना लाने के बाद गुनगुनी पानी

$$T_x$$

1x — 3 Seating
Nashyom (Amrail) (8-8-16-16 26)

Shirodhara
(Musthane oil)] 3 setting

UHD JS 2021574 OPD 2021617 Room No ①

Date 28/09/21 **ADMISSION & DISCHARGED RECORD (Day Care)**

Name Of Patient (रोगीका नाम) Shekhar Singh
Name Of Father/Husband (पिता/पति का नाम) Shree Nath Singh
Date Of Treatment (उपचार की तिथि) 28/09/21 Time of Treatment (उपचार का समय) 9:30 PM Age (उम्र) 46 Sex (लिंग) M
Assistant Doctor (सहायक उपचारक) Nil
Doctor Incharge (संचालक उपचारक) Dr. Karuna Prakash
Treatment end Date (उपचार समाप्ति तिथि) 11/10/21 Time End Of Treatment (उपचार का समय समाप्त) 11:00 AM
Operation (If Any) _____
Procedure (प्रक्रिया) Shirodhar, Nasyam
Diagnosis (रोग निश्चय) Anemia, Depression
Address & Phone No. (पता एवं फोन नं.) 31/C1, Pocket D, Dilshad Garden
Delhi-110095 Mob. No. 9911772003

Result	Cured/Relived	Investigation Only	Expired
--------	---------------	--------------------	---------

Payment :- CASH _____ TPA Name/No. _____ GOVT. Insurance. _____

UNDER TAKING FOR TREATMENT INVESTIGATION & FINANCE ETC.

I am getting admitted on day care basis at _____ at my own risk and I am ready for the ayurveda treatment. I am giving my consent after understanding benefit and out come of treatment. the information given by me are absolutely correct.

मैं अपनी मर्जी से मेडिसीन उपचार के लिए भर्ती हो रहा हूँ। मैं तैयार हूँ मेरे साथ होने वाली आयुर्वेदिक चिकित्सा प्रक्रिया के लिए और मैं सब कुछ सोच कर एवं चिकित्सा से होने वाले फायदा और परिणाम को समझ कर करार रहा हूँ एवं मैंने जो विवरण दिया है वह पूर्णतः सही है।

Dated (दिनांक) 28/09/2021 Attendant (प्रत्यक्षी) Shree Singh
Signature (हस्ताक्षर) Shree Singh Relationship with Patient (रोगी के साथ सम्बंध) Self

Terms & Conditions

1. I have opted on my own for admission into this clinic and will pay the bills as clinic rules and regulations.
2. The management reserves the right to admit or discharge the case amendment / modify rules, regulation and the charges without notice or assigning any reason there of .
3. The facilities provided in the room are maintained in working order but any failure in their functioning does not affect the charge and the management accepts no liability for the same. The Clinic accepts no responsibility for any loss or inconvenience caused by strike, lock out, water, telephone, electricity and air-conditioning failure etc.
4. Patients are advise not be bring any valuable or any jewellery or any other luggage with them. The Clinic will not be responsible for any loss or theft .
5. Suggestions/complaints may be given in writing at the reception.
6. All bills to be paid in cash, govt. insurance/TPA / private insurance/ cheque 's are not accepted.

नियम व शर्तें

1. मैंने इस क्लिनिकमें प्रवेश के लिए अपना खुद का चयन किया है और क्लिनिकके नियमों और विनियमों के अनुसार बिल का भुगतान करूँगा /करूँगी ।
2. प्रबंधन नियमों को संशोधित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है एवं विनियम और बिना किसी पूर्व सूचना के शुल्क या किसी भी ।
3. कमरे में उपलब्ध सुविधाएँ कामकाजी क्रम में रखी जाती है लेकिन उनके कामकाज में कोई विफलता चार्ज को प्रभावित नहीं करती है और प्रबंधन इसके लिए कोई देयता स्वीकार नहीं करता है । क्लिनिक स्ट्रोक, लॉक आउट, वॉटर , टेलीफोन , बिजली और एयर कंडीशनिंग विफलता इत्यादि के कारण होने वाली किसी भी हानि या असुविधा के लिए कोई जिम्मेदारी स्वीकार नहीं करता है
4. मरीजों को सलाह दी जाती है कि वे उनके साथ कोई मूल्यवान या कोई आभूषण या कोई अन्य समानता लाएं। अतः क्लिनिक किसी भी नुकसान या बर्बाद के लिए जिम्मेदार नहीं होगा ।
5. रिस्क्शन पर लिखित में सुझाव/लिखित दी जा सकती है ।
6. सभी बिलों का भुगतान नकद में किया जाता है। टीपीए/निजी बीमा /सरकारी बीमा आदि । बैंक नहीं लिया जाता है ।

Dated (दिनांक) 28/09/2021

Signature (हस्ताक्षर) *Shweta Gupta*

Relationship of Patient (रोगी से सम्बंध) Self

Witness (प्रत्यक्षी) Self

PANCHKARMA CONSENT

UHD JS 2021574 OPD 2021617 Room No. ① Date 28/09/2021

Patient's Name (रोगी का नाम) Shekhar Singh
 Father's/ Husband's Name (पितृ/पति का नाम) Shree Nath Singh
 Date (दिनांक) 28/09/21 Age (वय) 46 Sex (लिंग) M
 Address & Phone no. (पता एवं फ़ोन नं.) 21/61, pocket 0, alipahad gaudan delhi-110095
mob. No- (9911472003)
 Treatment Benefits (उपचारके लाभ) _____
 Risk (जोखिम) - No -
 Alternative (विकल्प) _____

हमारे हमारी वैरेपी के बारे में पूर्णतः बता दिया गया है एवं वैरेपी के आने वाले उपद्रवों के बारे में भी बता दिया गया है।

जैसे :-

घुटनी में सूजन	☒	झनझनाहट	☒
पैरों में दर्द	☒	अकड़न	☒
पेट में भारीपन	☒	नपन	☒
कमर में दर्द	☒	उन्टी	☒
दर्द में वृद्धि	☒	दस्त	☒
बुखार आना	☒	बी. पी. क्लवाहोना	☒

आदि के बारे में डॉक्टर द्वारा अवगत करा दिया गया है। मैं स्वतः अपनी इच्छानुसार अपनी हमी वाली वैरेपी _____

के बारे में पूर्णतः ज्ञात होने के पश्चात् उन्हें करने के लिए तैयार हूँ। इसकी पूर्णतः जिम्मेदारी मेरी स्वयंकी होगी।

> वैरेपिस्ट का नाम Anil वैरेपिस्ट हस्ताक्षर _____
 डॉक्टर का नाम Dr. Karan Singh Phulkash रोगी के Shekhar Singh
 हस्ताक्षर _____
 प्रत्यक्षी Self दिनांक 28/09/2021

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 _____

> Therapist's Name: _____ Therapist's Signature _____
 > Doctor's Name: _____ Patient's Signature _____
 > Witness _____ Date _____

UHD. 752021574 OPD. 2021617 Room No. ① Date 28/09/2021

PROCEDURE

Shakhar Singh w/o, s/o, d/o Shree Nath Singh
R/o 31/1, Pocket A, Dilshad Garden Delhi - 110095
Date of Admission 28/09/2021 Age 46 Sex M
Has been clearly explained about the Procedure Shirodhara Nasya
By Dr. Karuna prakash

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

Patient's Name (रोगी का नाम) Shakhar Singh
Signature (हस्ताक्षर) Shree Singh
Date (दिनांक) 28/09/2021
Place (स्थान) Delhi
Witness (प्रत्यक्षी) Shree Singh

Doctor's Name (चिकित्सक नाम).....

Signature (हस्ताक्षर).....

Date (दिनांक) 28/9/2021

UHID JS 2021574 OPD 2021617 Room No. 1 Date 28/09/21

Patient's Name (रोगीकनाम) Shekhar Singh **PROCEDURE**
Father's/Husband's Name (पिता/पति का नाम) Shree Nath Singh
Date (दिनांक) 28/9/2021 Age (उम्र) 46 Sex (लिंग) M
Procedure Perform (प्रक्रिया) Shirodhara Nasyam
Provisional Diagnosis (रोगनिश्चय) Insomnia, depression
Final Diagnosis (रोगनिश्चय) Insomnia
Doctor Name (चिकित्सकनाम) Dr. Karuna Prakash
Therapist Name (सहायकनाम) Anil

Details of Therapy :

Shirodhara (Breahmi oil) - 3 seating weekly 3 time
Nasyam (Anu Tail) - 3 seating

Doctor's Name (चिकित्सक नाम) Dr. Karuna Prakash
Date (दिनांक) 28/9/2021
Signature (हस्ताक्षर) [Signature]

UHID JS2021574 OPD 2021617 Room No. (D) Date 11/10/2021

F.H.NO. DISCHARGE FILE

Patient's Name (रोगीका नाम) Shekhar Singh Age (उम्र) 46 Sex (लिंग) M

W/o, S/o, D/o (पिता/पति) Shree Nath Singh

Address (पता) 21/1, pocket 0, alishah garden delhi-95

Treatment Start Date (उपचारप्रारंभदिनांक) 28/07/21 End Date of Treatment (उपचारकीअंतिमतिथि) _____

Treatment Start Time (उपचारप्रारंभसमय) 9:30 AM Treatment End Time (उपचारसमाप्तिसमय) _____

Chief Consultant (मुख्यचिकित्सक) Dr. Karuna Prakash

CHIEF COMPLAINT AND HISTORY (मुख्यतकनीफलवंडसकावृत्तान्त)

Insomnia, depression,

Past Medical History (पुरानाचिकित्सावृत्तान्त)

No

Family History (कुटुंबवृत्तान्त)

No

Pain Scale - No

VitaParameters

B.P 144/90

P/R 88

SUGAR No

WEIGHT 81.75k

HEIGHT 5.10

MENSTRUAL HISTORY

N/A

Astha Sthana Pariksha

1. NADI Valley
2. MALA cathart
3. MUTRA 4-5
4. JIWA catel
5. SHABDA clear
6. SPARSHA M
7. AKRUTI M
8. DRIKA M

Dashvidha Pariksha

- 1) Prakriti Varag
- 2) Vikriti Var/cap/ly
- 3) Sara M
- 4) Samhana M
- 5) Pramana M
- 6) Satmya M
- 7) Satva M
- 8) Agni M
- 9) Vayo M
- 10) Vyayam Shakti M

Treatment
- Shirodhara } weekly
- Nasyam } 3 time

INVESTIGATION EXAMINATION (जाँच)

- No -

DIAGNOSIS AND TREATMENT SUMMARY (रोगचिकित्सा वृत्तान्त)

C/o Jaumeia
depression

14th Shirodhara 3 Saething
- Narayan 3 Saething
Weekly 3 Hrs

DIET ADVISE ON DISCHARGE (आहारनिर्देश)

As per diet chart

Follow up (दोबाराकबजानाहै)

After 1 month

CONDITION AT THE TIME OF DISCHARGE

Home ☒ Dead ☐ Referred ☐ Lama ☐

1. WHEN TO OBTAIN EMERGENCY CALL (आपातकालीनसमस्यामेंसम्पर्क)

PH No. +91 9311348444 / 9599243802

- A) if any discomfort
B)
C)

2. Medicine After Diseases (औषधिपुष्टीकेबाद)

Dr. Sualti Kitt - रोग को होने से पहले 1/2 चम्मच गुनगुना पानी से
Udamvikar pow 1/2 चम्मच
dammue pow 1/2 चम्मच
Braham Vati 1/2 चम्मच
खाना खाने के बाद (1/2 hr)
गुनगुना पानी से

Dr. Name Dr. Kamunq [Signature]

Sign. [Signature]

Date 11/12/2021

FEEDBACK FORM (प्रतिक्रिया फॉर्म)

Name/नाम : Shakhar Singh Age(आयु) 46 Sex(लिंग) M
 OPD: 2621614 UHID No. JS 2021574
 Address /पता: 31/C1, pocket D, dilshad garden delhi - 95
 Phone No./ फोननं.: 9911742003 Email/ ईमेल: shakharthakur2003@gmail.com
 Name of Doctor /डॉक्टर का नाम: Dr. Karuna Prakash

Dear Sir/Madam, प्रिय महोदय/ महोदया

We want know your opinion. We would appreciate if you would spare us a moment of your valuable time in providing u your feedback regarding various aspects of medical care and hospitality that were extended to your stay here with us.

हम आपकी राय जानना चाहते हैं हम आप की सराहना करने अगर आप हमें अपने मूल्यवान समय का एकक्षण देंगे जो हमें आपके चिकित्सा, देखभाल और आतिथ्य के विभिन्न पहलुओं के बारे में आप की प्रतिक्रिया प्रदान करने में मददकरता है।

जो हमारे यहाँ इलाज के दौरान अनुभव किया।

S.No	Services/ सेवाएं	Good / अच्छा Yes/ हाँ	Not good/ अच्छा नहीं/No/नहीं
1.	Do you found Time period spent on your assessment is sufficient or not ? आपकी जांच के लिए डॉक्टर के द्वारा दिया गया समय पर्याप्त है या नहीं ?		
2.	Explained about diagnosis and treatment? निदान और उपचार के बारे में समझाया?	✓	
3.	How is work experience of staff? कर्मचारियों का कार्य अनुभव कैसा है?	✓	
4.	During your problem did employee or staff respond you on time or not ? जब आप अपनी समस्या बताते हैं, तो कर्मचारी ठीक से सुनते हैं?	✓	
5.	Did staff treat you with dignity and respect? क्या कर्मचारी आप से गरिमा और सम्मान के साथ व्यवहार करते हैं?	yes	
6.	How would you feel during treatment? इलाज के दौरान आपने कैसा अनुभव किया?	yes	
7.	Did you have confidence and trust in the staff? क्या आप कर्मचारी के कार्य क्षमता से संतुष्ट हैं?	yes	
8.	What one thing would you change about the department? इस विभाग में कोई एक भी ऐसी चीज जिस में आप सुधार चाहते हैं?	yes	
Your comments / आपके सुझाव			no

Date: 9/10/2021

Signature (Clinic Authorised)

Signature (Patient/Guardian)

CHARGES CONCERN FORM

Name (नाम): Shekhar Singh DOA (अर्जकीतारीख): 28/1/21
 Age (उम्र): 46 Sex (लिंग): M UHID: JS2021574 OPD: 202/617
 W/O, S/O, D/O (पति/पत्नी): Shreenath Singh Day Panchkarma: _____

Consultant Name (चिकित्सकनाम): _____

Provisional Diagnosis (रोगनिश्चय): Shirodhar, Anidra

Final Diagnosis (रोगनिश्चय): Diplopia

1. Procedure details (प्रक्रियाविवरण): Shirodhara, Washayam

2. Doctor Consultation Charges (चिकित्सक परामर्श शुल्क): N/A

3. Nursing Charges (नर्सिंग शुल्क): N/A

4. Package Charges Procedure wise

A:	Shirodhara	3 seating	$2500 \times 3 = 7500$
B:	Washayam	6 seating	$1500 \times 3 = 4500$
C:	Dr. Sudhi Pow (M. H. M.)		12000
D:	Quinine Tab		2400
E:	Muscle rub		
	Udampikam pow		
	Urid cane cap		

5. Doctor Fees (चिकित्सक शुल्क): _____

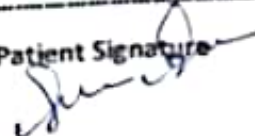
6. Medicine (approx) costing: 8850

7. Consumable (approx) charges: _____

8. Accessory (approx) charges: _____

9. Diet Charges (आहार शुल्क): _____

Total Estimated Package Rs. 18450/-

Patient Signature


Receptionist Signature


VITAL CHART

Patient Name: Shekhar Singh Gender: M DoA: 28/09/21 UHID No. JS2021574

[illegible]

DAILY MEDICATION SCHEDULE

UHID: 152021574 OPD 2621617 Date: 28/09/21
Patient Name: Shakhar Singh DOA: 28/09/21
Allergies: No
Consultant: Dr. Karuna Prakash

PERSONAL MEDICATION RECORD

PERSONAL MEDICATION RECORD		
Name: <u>Aurhok</u>	Pharmacy: <u>Aurhok</u>	Physician: <u>Dr. Karmali</u>
Name:	Pharmacy:	Physician:
Name:	Pharmacy:	Physician:
Name:	Pharmacy:	Physician:
Name:	Pharmacy:	Physician:

NAME OF DRUG	DOSE	DATE	TIME OF DRUG
dr. Sudhakar polo	OD	28:10:2021	12:00 PM
			9:00 PM in night before bed time
Paracetamol Tab	BD		2:00 AM
			3:00 PM
Udaruviakar polo	BD		9:00 AM
			3:00 PM
Paracetamol Vati	BD		2:00 AM
Paracetamol Vati	BD		9:00 AM
			3:00 PM
			3:00 PM
four days treatment			

UHID: JS2021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No

PROGRESS NOTES

B.P.: date 144/88 28/09/21 Before

P/R: 70

Temp.: 97.8

Pain: 0

Time
9:30 AM

Treatment

C/S/B - Dr. Karuna Prakash

C/O - Insomnia

- Depression

Adv

- Sirodhana & Anaruchi oil

- Take rest after Therapy.

B.P.: 149/90

P/R: 75

Temp.: 98.8

Pain: 0

Time
9:34 AM

date 30/09/21

Before Therapy

C/S/B - Dr. Karuna Prakash

C/O - Insomnia

- Depression

Adv

Narayan & Anaruchi oil
(8-8 drop. to 16 drop.)

Time
30/09/21 9:34 AM

UHD: 182021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No.

Date: - 3/10/21

PROGRESS NOTES

B.P.: 139/95

P/R: 90

Temp.: 97.8

Pain: 0

Time 9:34 am before Therapy

C/S/B - Dr. Karuna Prakash

C/O Grooming (improved)
mild dipresion

Adv

Shirodhara c Brahmi oil

① P 3/10/21
9:34 AM

Date - 6/10/21

before Therapy

B.P.: 144/90

P/R: 90

Temp.: 97.8

Pain: 0

Time: - 9:30 am

C/S/B - Dr. Karuna Prakash

C/O Grooming (imp.)
mild dipresion

Adv

Nasyam c Anu tail

① P 6/10/21
9:30 AM

UHID: JS2021574

OPD: 2021617

Room No. ①

PH No

Date - 8/10/21 Time - 9:30 AM

PROGRESS NOTES

B.P.: 134/80

P/R: 80

Temp.: 97.8

Pain: 0

Reflex Therapy

c/o. Gynaecia (grip.)

- depression

Adv
Shirodhara & Brahmi oil

②

8/10/21 9:38 AM

Date 11/10/21 Time - 9:30 AM

B.P.: 139/80

P/R: 80

Temp.: 98.7

Pain: 0 0

Reflex Therapy

c/o. B. - Dr. Kamla Prakash

c/o. Gynaecia (grip.)

- depression

Adv
- Narayan & Aloe tail

- Take press. med 1 month

~~reflex~~

②

11/10/21 9:30 AM