



PHARMA SCIENCE™
the indian ayurveda
LIC.NO. : MP25D/16/487

Dr.: _____

Add: _____

Contact No:- _____

**Anti-Piles Complete Resolution
Patient Registration Form**

Date: - ___/___/20___

Treatment ID No. (According to Consent Form No) _____

Patient's Name (First, Mid. Last):- _____

Patient's Phone Number:- _____

Alternate Phone Number (☑ cell or ☑ office):- _____

E-Mail Address:- _____

Address:- _____

Pin Code:- _____ Landmark:- _____ City:- _____ State:- _____

Date of Birth:- _____ Age:- _____ Sex: M/ F:- _____

Marital Status: [] Married [] Single [] Divorced [] Widowed

Patient's Profession:- _____

Employment Status: [] Full time [] Part time [] Unemployed [] Retired [] Student

[] other:- _____

Any Relative Contact:- _____ Relationship to Patient:- _____

Address:- _____ Phone number:- _____

Signature of Applicant/Patient

www.antipiles.com

Patient's Medical Information

Please list any MEDICATIONS you are currently taking...

S.No	Medication	Dosage	Route
01			
02			
03			
04			
05			

HEALTH HISTORY

- Patient's surely declared that they are not suffering from sugar/ diabetes.
- If patient has suffered by any other disease kindly describe on below table.

S.No	Name Of Disease	Suffering Duration	Current Treatment Type
01			
02			

सामान्य निर्देश:-

1. यह उपचार एंटी पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन -A और एंटी पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन -B द्वारा 15 दिनों के भीतर दो चरणों में किया जाएगा।
2. यह के, किसी भी परिस्थिति में रोगी एंटी-पाइल्स कम्पलीट रेसोल्यूशन का उपचार स्वयं नहीं करेगा, उपचार संबंधित योग्य चिकित्सा और नर्सिंग स्टाफ या प्रशिक्षित व्यस्तत द्वारा दिया जाएगा।
3. रोगी के उपचार शुरू करने से पहले प्रभावित क्षेत्र की बाहरी जांच की जाएगी।
4. यह आवश्यक है की उपचार के दौरान एंटी पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन-A और एंटी पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन-B की दवा को बवासीर पर लगातार लगाए रखा जाना चाहिए।
5. यदि मरीज की लापरवाही के कारण कोई समस्या होती है तो इसके लिए मरीज खुद जिम्मेदार होगा, डॉक्टर इसके लिए उत्तरदायी नहीं होंगे।
6. यह उपचार केवल बवासीर के उन मसो के लिए है जो नग्न आंखों से दिखाई देते हैं।
7. सामान्य मामलों में, बवासीर के जड़ से गिरने में लगने वाला समय 15 दिनों का होता है, लेकिन कुछ परिस्थिति में अधिक समय की आवश्यकता हो सकती है जो रोगी के शारीरिक प्रवृत्त और वायुमंडलीय प्रभाव पर निर्भर करता है।
8. यदि किसी मरीज को कोई अन्य बाहरी उपचार लेने की वजह से कोई समस्या होती है, तो डॉक्टर और संस्था उत्तरायी नहीं होंगे।

Signature of Applicant/Patient

www.antipiles.com

9. क्यूकी, यह उपचार बिना किसी सर्जरी के किया जाता है, इसलिए किसी भी ऑपरेशन की आवश्यकता नहीं है।
10. यह की बवासीर के जड़ से गिरने / झड़ने के बाद, घाव भरने में लगने वाला समय रोगी की रोग प्रतिरोधक क्षमता, मौसम की स्थिति, रोगी की देखभाल और उसके द्वारा लिए गए उपचार पर निर्भर करता है।

रिस्क एंड कॉमन कॉम्प्लिकेशन :-

1. एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन –A ट्रीटमेंट पूरी तरह से बवासीर को मिटा देती है और इस तरह की प्रक्रिया के दौरान दर्द का अनुभव होना सव्भाविक है। अतः उपचार के दौरान रोगी और उनके पररजन धैर्य बनाए रखेंगे।
2. बवासीर के उपचार के दौरान, रोगी स्थिर रूप से झुनझुनी या सुन्नपन महसूस कर सकता है; या डिहाइड्रेशन (निर्जलीकरण) हो सकता है अतः रोगी द्वारा उपचार के दौरान पर्याप्त मात्रा में पानी पिया जाना चाहिए।
3. उपचार के दौरान रोगी को बुखार और उल्टी के लक्षण दिखाई दे सकते हैं, जिसके लिए चिकित्सक द्वारा परामर्श से दवा ली जा सकती है।
4. यदि किसी रोगी को उपचार के दौरान बवासीर में खुजली महसूस होती है, तो डॉक्टर उसके अवलोकन के अनुसार एविल -50 मिलीग्राम या किसी अन्य एंटी-एलर्जी दवा को लिख सकते हैं।

अनिवार्य सलाह:-

1. उपचार के दौरान, रोगी को डॉक्टर द्वारा दिए गए निर्देशों का पालन करना अनिवार्य होगा।
2. यह कि, प्रथम चरण की दवा "एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन –A" के निर्माण घटक विषाक्त पदार्थ होते हैं; इसलिए इसे बच्चों की पहुँच से बाहर रखना अनिवार्य है।
3. यह की, रोगी को "एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन –A" द्वारा उपचार के दौरान एक स्ताह की अवधि के लिए पूरा बेड रेस्ट लेना होगा। (वाशरूम और भोजन जैसे दैनिक कार्यों को छोड़ कर)।
4. यह की, उपचार के दौरान रोगी को अपने घर में किसी ठंडी जगह पर आराम करने की सलाह दी जाती है।
5. यह कि, एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन-B के उपचार दौरान, रोगी अपना अधिकांश समय केवल बैठकर बिताएंगे।
6. यह की, एंटी-पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन के उपचार के दौरान, रोगी तब तक चिकित्सा के उद्देश्य से कोई दवा नहीं लेगा जब तक की बवासीर जड़ से गिर न जाए।
7. यह की, रोगी के लिए सकारात्मक विचारों का रखना महत्वपूर्ण है। निराशवादी सोच का शरीर पर प्रतिकूल नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

मनी बैक गारंटी की शर्तें:

1. एंटी-पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन ट्रीटमेंट मनी बैक गारंटी पर आधारित है।
2. मनी बैक गारंटी केवल उन मसो/बवासीर के इलाज के लिए है जो गुदा की सतह पर नग्न आंखों से दिखाई देती है।
3. यह की, मनी बैक पॉलिसि केवल उन बवासीर पर लागू होती है जिनका उपचार हमारी संस्था के माध्यम से किया जाता है।
4. यह की मनी बैक गारंटी केवल बाहरी बवासीर के लिए है और यदि उपचार समाप्त होने के बाद कोई आंतरिक बवासीर सामने आता है तो मनी बैक गारंटी लागू नहीं होगी।
5. यदि रोगी की ओर से की गई किसी लापरवाही या किसी भी अन्य कारण से बवासीर के मसे जड़ से नहीं धगरते है, ऐसी स्थिति में मनी बैक मान्य नहीं होगा अपितु एक बार पुनः डॉक्टर की देख-रेख में पूरी उपचार प्रक्रिया को दोहराया जाएगा अगर तब भी मसे जड़ से नहीं गिरे तब मनी बैक मान्य होगा।
6. अगर, मरीज बीच में इलाज छोड़ देता है, तो पैसे वापस करने का खंड वैध और विचारणीय नहीं होगा।
7. यह, उपचार केवल पाइल्स के लिए है और यदि रोगी को फिशर या फिस्टुला की समस्या भी पायी जाती है तो इसके लिए संस्था उत्तरदायी या जवाबदेही नहीं होगी।
8. यह की, यदि रोगी द्वारा उपचार के दौरान चिकित्सा विज्ञान के किसी भी अन्य वैकल्पिक क्षेत्र के उपचार को लिया गया है, तो मनी बैक का दवा मान्य नहीं होगा।
9. यह की, यदि रोगी एंटी पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन का उपचार पूरा करने के बाद कोई अन्य उपचार करता है, जिसे उसे किसी तरह की समस्या होती है तो मनी बैक गारंटी पॉलिसी शून्य हो जाएगी।
10. यदि कोई भी मरीज मनी बैक गारंटी पॉलिसी का दुरुपयोग करता है, तो उसके खिलाफ उचित कारवाही की जाएगी; कानून द्वारा स्थापित प्रक्रिया के अनुसार।

भुगतान अवधि व नियम :-

1. यह की, मरीज को निर्धारित उपचार राश का ५०% उपचार शुरू करने से पहले और शेष 50% राश को उपचार के दूसरे चरण के शुरू करने से पहले जमा करना अनिवार्य है।
2. यह की, प्राप्ति भुगतान केवल "एंटी-पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन" द्वारा बवासीर को हटाने के लिए है। घाव भरने की दवा रोगी को अपने खचे पर लेनी होती है।
3. यह की, घाव के उपचार के लिए दवा संस्था के चिकित्सिक द्वारा निर्धारित की जाएगी। साथ ही, किसी भी मरीज के ट्रीटमेंट के लिए डॉक्टरों या नर्सिंग स्टाफ द्वारा की गई होम विजिट पर प्राप्त: विजिट 200 / - का अतिरिक्त शुल्क देना होगा। यह राशि यात्रा के स्थान की दूरी के अनुसार इससे ज्यादा हो सकती है।

सहमति:-

1. यह की मुझे निर्देश पुस्तिका मिली है।
2. यह की मेरे द्वारा समझ में आने वाली भाषा में डॉक्टरों द्वारा उपचार के बारे में मुझे पूरी तरह से समझाया गया है।
3. यह की मैं स्वेच्छा से इस उपचार द्वारा किसी भी स्पष्ट या गैर-स्पष्ट नतीजे का दायित्व पूरी तरह से मुझ पर ले रहा हूं।
4. यह की बवासीर के उपरोक्त उपचार के लिए मैंने बिना शर्त सहमति दी है।

यह, मैंने सभी नियमों और शर्तों को पढ़ लिया है और उपचार के लिए अपना पूर्ण सहमति देता हूं।

Dated:

Patients Signature

For Office Work

Name of Attendant Treatment Charge: - _____ Date: - ___/___/___

Deposited Amount: - _____ Patient ID.:- _____

Designation Remaining Amount: - _____ Signature of Attendant: - _____

Signature of Applicant/Patient

www.antipiles.com