

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: _____ **Landmark. #** _____

City: _____ **State:** _____ **Pin Code:** _____

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:** _____

Patient's Medical Information

Please list any **MEDICATIONS** you are currently taking...

S.No	Medication	Dosage	Route	Frequency
01				
02				
03				
04				
05				

Signature of Applicant/ Patient

www.antipiles.com

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 कम्प्लीट रेसोलुशन -A और एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन -B द्वारा 15 दिनों के भीतर दो चरणों में किया जाएगा |
2. यह कि, किसी भी स्थिति में रोगी एंटी-पाइल्स कम्प्लीट रेसोल्यूशन का उपचार स्वयं नहीं करेगा, उपचार संबंधित योग्य चिकित्सक और नर्सिंग स्टाफ या प्रशिक्षित व्यक्ति द्वारा दिया जाएगा।
3. रोगी के उपचार शुरू करने से पहले प्रभावित क्षेत्र की बाहरी जांच की जाएगी।
4. यह आवश्यक है कि उपचार के दौरान एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन-A और एंटी पाइल्स कम्प्लीट 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 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 परिस्थितियों में अधिक समय की आवश्यकता हो सकती है जो रोगी के शरीरिक प्रवृत्ति 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 उत्तरदायी नहीं होंगे।

9. चूंकि, यह उपचार बिना किसी सर्जरी के किया जाता है, इसलिए किसी भी ऑपरेशन की आवश्यकता नहीं है।
10. यह कि 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 कम्प्लीकेशन:-

1. एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन -A ट्रीटमेंट पूरी तरह से बवासीर को मिटा देता है और इस तरह की प्रक्रिया के दौरान दर्द का अनुभव होना स्वाभाविक है। अतः उपचार के दौरान रोगी और उनके परिजन धैर्य बनाए रखेंगे।
2. बवासीर के उपचार के दौरान, रोगी अस्थायी 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 दवाएं ली जा सकती हैं।
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 की, 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 सप्ताह की अवधि के लिए पूर्ण 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 की, एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोलुशन-B के उपचार दौरान, रोगी अपना अधिकांश समय केवल बैठकर बिताएंगे।
6. यह की, एंटी-पाइल्स कम्प्लीट रिज़ॉल्यूशन के उपचार के दौरान, रोगी तब तक चिकित्सा के उद्देश्य से कोई दवा नहीं लेगा जब तक कि बवासीर जड़ से गिर न जाए।

7. यह की, रोगी के लिए सकारात्मक विचारों का रखना महत्वपूर्ण है। निराशावादी सोच का शरीर पर प्रतिकूल नकारात्मक प्रभाव पड़ता है।

मनी बैक गारंटी की शर्तें:-

1. एंटी-पाइल्स कम्प्लीट रेसोल्यूशन 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 कि, मनी बैक पॉलिसी केवल उन बवासीर पर लागू होती है जिनका उपचार हमारी संस्था के माध्यम से किया जाता है।
4. यह कि, 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 मसों जड़ से नहीं गिरते हैं, ऐसी स्थिति में मनी बैक मान्य नहीं होगा अपितु एक बार पुनः डॉक्टर की देखरेख में पूरी उपचार प्रक्रिया को दोहराया जाएगा अगर तब भी मसों 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 जवाबदेह नहीं होगी।
8. यह कि, यदि रोगी द्वारा उपचार के दौरान चिकित्सा विज्ञान के किसी भी अन्य वैकल्पिक क्षेत्र के उपचार को लिया गया है, तो मनी बैक का दावा मान्य नहीं होगा।
9. यह कि, यदि रोगी एंटी पाइल्स कम्प्लीट रिजोल्यूशन का उपचार पूरा करने के बाद कोई अन्य उपचार करता है, जिससे 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 कार्यवाही की जाएगी; कानून द्वारा स्थापित प्रक्रिया के अनुसार।

भुगतान अवधि व नियम:-

1. यह कि, मरीज को निर्धारित उपचार राशि का ५०% उपचार शुरू करने से पहले और शेष ५०% राशि को उपचार के दूसरे चरण के शुरू करने से पहले जमा करना अनिवार्य है।

2. यह कि, प्राप्त भुगतान केवल "एंटी-पाइल्स कम्पलीट रेसोलुशन" द्वारा बवासीर को हटाने के लिए है।

घाव भरने की दवा रोगी को अपने खर्चे पर लेनी होती है।

3. यह कि, घाव के उपचार के लिए दवा संस्था के चिकित्सक द्वारा निर्धारित की जाएगी। साथ ही, किसी

भी मरीज के ट्रीटमेंट के लिए डॉक्टरों या नर्सिंग स्टाफ द्वारा की गई होम विजिट पर प्रति विजिट 200 / - का अतिरिक्त शुल्क देना होगा। यह राशि यात्रा के स्थान की दूरी के अनुसार इससे ज्यादा हो सकती है।

सहमति:-

1. यह कि मुझे निर्देश पुस्तिका मिली है।

2. यह कि मेरे द्वारा समझ में आने वाली भाषा में डॉक्टरों द्वारा उपचार के बारे में मुझे पूरी तरह से समझाया गया है।

3. यह कि मैं स्वेच्छा से इस उपचार द्वारा किसी भी स्पष्ट या गैर-स्पष्ट नतीजे का दायित्व पूरी तरह से मुझ पर ले रहा हूँ।

4. यह कि 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 अपनी पूर्ण सहमति देता हूँ।

केवल भोपाल में क्षेत्राधिकार के अधीन (Subject to Jurisdiction in Bhopal Only) ।

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

Signature of Applicant/ Patient

www.antipiles.com