



MAA DURGA NARI SHAKTI FOUNDATION

Anand Dham

Dhawan Nagar Road, Kanke, Ranchi-834008

Phone No:-9065870239, 9938223862

E_mail:-durga.shakti.foundation@gmail.com

Ref. No/Medical Camp/

FORM-II-b.H-Health Care

चिकित्सा घोषणा पत्र

चिकित्सा शिविर प्रकार : निःशुल्क नेत्र जांच
तारीख :
स्थान :
चिकित्सा अस्पताल का नाम :
इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम :

रोगी विवरण

- 1) मरीज का नाम :
- 2) पुरुष / महिला :
- 3) मरीज की आयु :
- 4) मरीज का पता :
- 5) आधार नंबर :
- 6) फोन नंबर :
- 7) पारिवारिक मासिक आयु :
- 8) ब्लड ग्रुप :
- 9) नियमित दवा उपयोग विवरण : Blood Pressure / Sugar / Kidney / Heart / Eye/ Gastro /Others
- 10) आँख की समस्या : मंददृष्टि / मोतियाबिंद. / रेटिनो समस्या / आँख की खुजली / आँख में चोट लगना / आखो से पानी गिरना / आखो को लाल होना / आँख की कोई अन्य समस्या

रोगी द्वारा घोषणा

मैंने घोषणा की कि मैंने निःशुल्क नेत्र जांच के लिए अनुरोध किया है, और निःशुल्क नेत्र जांच के बारे में मुझे समझाया।

रोगी के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान

दुर्गा शक्ति फाउंडेशन द्वारा घोषणा

दुर्गा शक्ति फाउंडेशन की टीम घोषणा करती है कि रोगी द्वारा दिए गए विवरण का उपयोग केवल चिकित्सा जांच या उपचार के लिए किया जाएगा और प्रसिद्ध विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा निःशुल्क नेत्र जांच/उपचार किया जाएगा।

दुर्गा शक्ति प्रतिनिधि के हस्ताक्षर