

Patient Registration Form

For Office use only

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

Verified by :

Emp. Code :

Date : 26/05/15

Name :

Date of Birth :

Age : 30 days Male ☒ Female ☐

F/o

M/o

S/o

D/o

W/o

H/o

Address : Door No. :

Street Name :

Ragam Nivas
chockly

Village / Town : Thalassery

Taluk :

District :

Kannur

Pincode :

670672

State :

Kerala

Country :

India

Phone with Area code

(0490)

Cell Phone No.

E-Mail :

ktineesh108@gmail.com

Have you ever registered before in this Hospital?

Yes ☐

No ☒

Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☒ No ☐

If yes, Please Submit

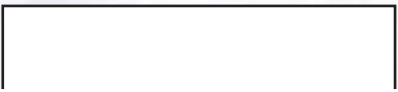
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Signature of the Patient or Thumb impression



ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

AEH/MRD/FOR/01

Patient Registration Form		For Office use only	
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.		Verified by : 	
		Emp. Code : 	
		Date : 	
Name 			
Date of Birth : 02-03-2016 Age : 1m 17day Male ☒ Female ☐			
F/o	M/o	S/o	D/o W/o H/o A-Shenmugam
Address : Door No. : 5/57-2A Street Name : 			
Village / Town : Boyampalayam Taluk : 			
District : Tirupur Pincode : 641602			
State : Tamil Nadu Country : India			
Phone with Area code () 			
Cell Phone No. 			
E-Mail : 			
Have you ever registered before in this Hospital? Yes ☐ No ☒			
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☐ No ☒			
If yes, Please Submit			
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.			
			
Signature of the Patient or Thumb impression			
			
 ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY AEH/MRD/FOR/01			

Patient Registration Form		For Office use only	
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.		Verified by : 	
		Emp. Code : _____	
		Date : _____	
Name : <i>ra Devt Murall.</i>			
Date of Birth : 		Male ☒ Female ☐	
F/o ☒	M/o ☐	S/o ☐	D/o ☒
W/o ☐	H/o ☐	<i>Murall.</i>	
Address : Door No. : _____		Street Name : _____	
Village / Town : <i>Arangan</i>		Taluk : <i>Thottiyam</i>	
District : <i>Tirichy</i>		Pincode : _____	
State : <i>Tamil Nadu</i>		Country : <i>India</i>	
Phone with Area code (_____) _____			
Cell Phone No. 			
E-Mail : _____			
Have you ever registered before in this Hospital?		Yes ☒ No ☐	
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☐ No ☒			
If yes, Please Submit _____			
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.			
Signature of the Patient or Thumb impression			

Patient Registration Form		For Office use only Verified by : Emp. Code : Date :															
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.																	
Name : 																	
Date of Birth : 28/12/15 Age : 4 Months Male ☒ Female ☐																	
F/o	M/o	S/o	D/o	W/o	H/o												
Address : Door No. :				Street Name : Anchalikonam													
Village / Town :																	
District : Thiruvananthapuram																	
State : Kerala																	
Phone with Area code ()				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
Cell Phone No.																	
E-Mail :																	
Have you ever registered before in this Hospital? Yes ☒ No ☐																	
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☒ No ☐																	
If yes, Please Submit																	
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.																	
Signature of the Patient or Thumb impression																	
ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY AEH/MRD/FOR/01																	

☐ நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்		அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டுமே சரிபார்த்தவர் : பணியாளர் குறியீடு : தேதி :	
குறிப்பு: தயவுசெய்து நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.			
பெயர் :			
பிறந்த தேதி :		ஆண் ☒ பெண் ☐	
தாய்	தந்தை	மகன் ☒	மகள் ☐
		கணவன்	மனைவி பெயர் : GANESH
விலாசம் : கதவு எண் : 321 வீதி பெயர் : PUDHU Kalanji			
கிராமம்/நகரம் :		தாலுகா : Risi vendiam	
மாவட்டம் :		பின்கோடு :	
மாநிலம் :		நாடு :	
தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் ()			
கைபேசி எண் :			
இ-மெயில் :			
இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?		☐ ஆம் ☒ இல்லை	
வேறு மருத்துவமனை அல்லது டாக்டர்கள் கொடுத்த பரிந்துரை சீட்டு தங்களிடம் உள்ளதா?		☐ ஆம் ☒ இல்லை	
ஆம், எனில் இந்த படிவத்துடன் கொடுக்கவும்.			
கோவை, அரவிந்த் கண் மருத்துவர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள், எனது கண் / உடல் பரிசோதனை செய்வதற்கும், எனது சிகிச்சைக்கு தேவைப்படும் ஆய்வை மேற்கொள்வதற்கும், மேலும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும், எனது ஒப்புதலை அளிக்கிறேன். மேலும் எனது மருத்துவ தகவல்களையோ, புகைப்படத்தையோ, வீடியோவையோ, மருத்துவபடிப்பிற்கோ, ஆராய்ச்சிக்கோ, பதிப்புரைக்கோ வழங்க ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.			
நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை			



 Patient Registration Form		For Office use only Verified by : Emp. Code : Date :	
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.			
Name :			
Date of Birth : 20.12.20		Age : Male ☒ Female ☐	
F/o	M/o	Son	D/o
W/o	H/o		
Address : Door No. :		Street Name : Ettimadai	
Village / Town :		Taluk : Salem	
District : Salem		Pincode :	
State :		Country :	
Phone with Area code ()			
Cell Phone No.			
E-Mail :			
Have you ever registered before in this Hospital?		Yes ☐ No ☒	
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ?		Yes ☒ No ☐	
If yes, Please Submit			
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.			
 Signature of the Patient or Thumb impression			
 ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY		AEH/MRD/FOR/01	

Patient Registration Form		For Office use only Verified by : Emp. Code : Date :					
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.							
Name :							
Date of Birth : 15.07.2016 Age : Male ☐ Female ☒							
F/o	M/o	S/o	D/o	W/o	H/o		
Address : Door No. : 127T Street Name : MGR NAGAR							
Village / Town : PODANUR				Taluk :			
District : COIMBATORE				Pincode : 41023			
State : TAMIL NADU				Country :			
Phone with Area code ()							
Cell Phone No.							
E-Mail : meganeshca@yahoo.co.in							
Have you ever registered before in this Hospital?				Yes ☐ No ☒			
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ?				Yes ☐ No ☐			
If yes, Please Submit							
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.							
Signature of the Patient or Thumb impression							
ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY AEH/MRD/FOR/01							

Patient Registration Form		For Office use only	
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.		Verified by : _____ Emp. Code : _____ Date : _____	
Name : _____			
Date of Birth : _____		Male ☐ Female ☒	
F/o	M/o ☒	S/o	D/o
W/o	H/o	HARI BABU	
Address : Door No. : _____		Street Name : KISAN NAGAR	
Village / Town : NELLORE		Taluk : NELLORE	
District : S.P.S.R. NELLORE		Pincode : _____	
State : Andhra pradesh		Country : INDIA	
Phone with Area code () : _____			
Cell Phone No. : _____			
E-Mail : _____			
Have you ever registered before in this Hospital?		Yes ☐ No ☒	
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ?		Yes ☒ No ☐	
If yes, Please Submit			
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.			
Signature of the patient or thumb impression _____			



நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்		அலுவலக பயன்பாட்டிற்கு மட்டும் சரிபார்த்தவர் : [REDACTED] பணியாளர் குறியீடு : [REDACTED] தேதி : 11/11/2016			
குறிப்பு : தயவுசெய்து நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.					
பெயர் :					
பிறந்த தேதி : 13.10.2016 வயது : ஆண் ☐ பெண் ☒					
தாய்	தந்தை	மகன்	மகள்	கணவன்	மனைவி பெயர் : ராஜமலர்
விலாசம் : கதவு எண் : வீதி பெயர் :					
கிராமம்/நகரம் :		தாலுகா : மைசூர்			
மாவட்டம் :		பின்கோடு : 636840			
மாநிலம் : தமிழ்நாடு		நாடு : இந்தியா			
தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் ()					
கைபேசி எண் :					
இ-மெயில் :					
இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை					
வேறு மருத்துவமனை அல்லது டாக்டர்கள் கொடுத்த பரிந்துரை சீட்டு தங்களிடம் உள்ளதா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை ஆம், எனில் இந்த படிவத்துடன் கொடுக்கவும்.					
கோவை, அரவிந்த் கண் மருத்துவர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள், எனது கண் / உடல் பரிசோதனை செய்வதற்கும், எனது சிகிச்சைக்கு தேவைப்படும் ஆய்வை மேற்கொள்வதற்கும், மேலும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும், எனது ஒப்புதலை அளிக்கிறேன். மேலும் எனது மருத்துவ தகவல்களையோ, புகைப்படத்தையோ, வீடியோவையோ, மருத்துவபடிப்பிற்கோ, ஆராய்ச்சிக்கோ, பதிப்புரைக்கோ வழங்க ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.					
நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை					



Patient Registration Form

For Office use only

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

Verified by :

Emp. Code :

Date :

Name :

Date of Birth : 3/2/17 . Age : Male ☒ Female ☐

F/o

M/o

S/o

D/o

W/o

H/o

Karthikeyan.

Address : Door No. 7/9 Street Name : Ponnappa Cur Sub

Village / Town : Kamatchipuram . Taluk : Ondipudur.

District : Cbe Pincode :

State : TN Country : India

Phone with Area code ()

Cell Phone No.

E-Mail :

Have you ever registered before in this Hospital? Yes ☐ No ☒

Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☐ No ☒

If yes, Please Submit

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Signature of the patient or thumb impression



ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

AEH/MRD/FOR/01

Patient Registration Form		For Office use only	
Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.		Verified by : 	
		Emp. Code :	
		Date :	
Name : 			
Date of Birth : 21-03-2017 Age : 57 days Male ☒ Female ☐			
F/o	M/o	S/o	D/o
Address : Door No. :		Street Name :	
Village / Town : <u>Thuppanjottu Kotturamburam</u>		Taluk : <u>mettur</u>	
District : <u>Salem</u>		Pincode : <u>636404</u>	
State : <u>TN</u>		Country :	
Phone with Area code ()			
Cell Phone No. 			
E-Mail : <u>e.karthick@ gmail. com</u>			
Have you ever registered before in this Hospital? Yes ☐ No ☐			
Do you have a referral letter from another hospital or Doctor ? Yes ☐ No ☐			
If yes, Please Submit			
The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.			
 Signature of the Patient or Thumb impression			

Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name :

பெயர் :

Date of Birth :

Age :

Male/Female

பிறந்த தேதி : 23-02-13

வயது : 1 மாதம்

ஆண்/ பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:

த/பெ., ம/பெ., க/பெ., :

Door No & Permanent Address :

கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி :

Village / Town :

கிராமம் / நகரம் :

Taluk :

தாலுகா :

District :

மாவட்டம் :

Pincode :

பின்கோடு :

State :

மாநிலம் :

Country :

நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண் :

E-Mail / இ-மெயில் :

Have you ever registered before in this Hospital?

Yes / No

இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?

ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புணையாக வெளியிடும் மனம் ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின்

சுரல் ரேகை



ARAVIND EYE HOSPITALS & POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

AEH/MRD/FOR/01

Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name

பெயர்

Date of

பிறந்த தேதி

வயது :

Male/Female

ஆண்/ பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:

த/பெ., ம/பெ., க/பெ., :

Door No & Permanent Address : **BRIFA-PP HARISE MANZIL**

கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி :

Village / Town :

PO CHELERI KANNADIPARAMBA KANNUR

Taluk :

தாலுகா :

District : **KANNUR-KERLA**

மாவட்டம் :

Pincode :

பின்கோடு :

State : **KERLA**

மாநிலம் :

Country :

நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண்

E-Mail / இ-மெயல் :

Have you ever registered before in this Hospital?

☒ Yes / No

இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?

☒ ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

EMP.Code

Date.

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புரையாக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை



Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name :

பெயர் :

Date of Birth : 02/11/2013

Age :

Male/Female

பிறந்த தேதி :

வயது :

ஆண்/ பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:

த/பெ., ம/பெ., க/பெ., :

Door No & Permanent Address

கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி :

Village / Town :

கிராமம் / நகரம் :

District :

மாவட்டம் :

State :

மாநிலம் :

Taluk :

தாலுகா :

Pincode :

பின்கோடு :

Country :

நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண் :

E-Mail / இ-மெயில் :

Have you ever registered before in this Hospital?

Yes / No

இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?

ஆம் / இல்லை

Verified By

EMP.Code

Date

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I give my consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research or other purposes.

Signature

or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புரையாக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை



Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name :

பெயர் : R-SAKTHI THARAN

Date of Birth :

Age :

Male/Female

பிறந்த தேதி : 01-07-2013

வயது :

ஆண்/பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:

த/பெ., ம/பெ., க/பெ., : RATHINAVELU

Door No & Permanent Address : 2172, THINDA MANGALAM, PANANKATTUR (P.O.)
கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி : OMALUR (S) SALEM (DT) - 636455

Village / Town : THINDA MANGALAM

Taluk :

கிராமம் / நகரம் :

தாலுகா : OMALUR

District :

மாவட்டம் : SALEM

Pincode :

பின்கோடு : 636455

State :

மாநிலம் : TAMILNADU

Country :

நாடு : INDIA

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண் :

9 6 5 5 7 2 4 9 9 9

E-Mail / இ-மெயில் :

Have you ever registered before in this Hospital?

Yes / No

இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?

ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Verified By

EMP.Code

Date:

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புரையாக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை



Registration Form

பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name : Baby s/o. D.vidhya Suresh kumar
பெயர் :

Date of Birth : 10.04.2013 Age : 1 month Male/Female : MALE
பிறந்த தேதி : வயது : ஆண்/ பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:
த/பெ., ம/பெ., க/பெ., : D.Sureshkumar

Door No & Permanent Address : "Anbilagam" 13. Brindavan colony
கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி : 2nd Street, upplipalayam, Coimbatore - 641005

Village / Town : upplipalayam. Taluk : Coimbatore
கிராமம் / நகரம் : தாலுகா :

District : Coimbatore Pincode : 641015
மாவட்டம் : பின்கோடு :

State : Tamil Nadu, Country : India
மாநிலம் : நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண் : 9487743792

E-Mail / இ-மெயில் :

Have you ever registered before in this Hospital? Yes / No NO
இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா? ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Verified By
EMP.Code: 313
Date: 10.04.2013

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புரையாக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை



Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name : S/o Sain U Loon
பெயர் :

Date of Birth : 9.6.13 Age : 33 days Male/Female
பிறந்த தேதி : வயது : ஆண்/பெண்

F/o., S/o., D/o., W/o., H/o.: SIVAM S
த/பெ., ம/பெ., க/பெ. :

Door No & Permanent Address : 54004 House, KUNNATHUR MEDU, PALLAKKAD
கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி : KERALA

Village / Town : PALLAKKAD.
கிராமம் / நகரம் :

Taluk : KUNNATHUR MEDU
தாலுகா :

District : PALLAKKAD
மாவட்டம் :

Pincode :
பின்கோடு :

State : KERALA
மாநிலம் :

Country :
நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./கைபேசி எண் :

09632911119

E-Mail / இ-மெயில் :

Have you ever registered before in this Hospital?

Yes / No

இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா?

ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staff of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Consented by
EMP. Code
Date: 12/06/13

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புரையாக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை



Patient Registration Form

நோயாளி பதிவு செய்வதற்கான படிவம்

Note : Write Patient's correct Name, Age and Permanent Address.

குறிப்பு : நோயாளியின் சரியான பெயர், வயது மற்றும் நிரந்தரமான முகவரியை எழுதவும்.

Name : R. Gowri Baby of Gowri R.
பெயர் :

Date of Birth : 10.10.13 Age : 20 days Male/Female
பிறந்த தேதி : வயது : ஆண்/ பெண்

E/o., S/o., D/o., W/o., H/o.:
த/பெ., ம/பெ., க/பெ., DO R. Rameekumar

Door No & Permanent Address : No: 15/68, Nanjappa Nagar, Thiruvallur
கதவு எண் & நிரந்தர முகவரி : Singanailly west

Village / Town : Taluk :
கிராமம் / நகரம் : தாலுகா :

District : Pincode :
மாவட்டம் : பின்கோடு:

State : Country :
மாநிலம் : நாடு :

Phone with Area code / தொலைபேசி எண் ஏரியா கோடுடன் : ()

Cell Phone No./ கைபேசி எண் : 9524831991

E-Mail / இ-மெயில் : Rameekumar@gmail.com

Have you ever registered before in this Hospital? Yes / No
இதற்கு முன் மருத்துவமனையில் பதிவு செய்துள்ளீர்களா? ஆம் / இல்லை

The above address given by me is my permanent address and if I need to change my address, I agree that, I have to follow the rules and regulations of the government. I give my consent to perform any physical and ocular examination, diagnostic procedure or treatment as advised by the doctors and other staffs of Aravind Eye Hospital, Coimbatore. If necessary, I also consent for photographing or televising me to share my medical information for study, research and publication purposes.

Verified By
EMP.Code
Date

R. Gowri

Signature of the Patient or Thumb impression

நான் எனது நிரந்தரமான விலாசத்தை தகவல் படிவத்தில் அளித்துள்ளேன். என்னுடைய விலாசம் மாறும் பட்சத்தில், அரசு ஆணைகளில் குறிப்பிட்டுள்ள விதிகளை பின்பற்றி மாற்றம் செய்து உள்ளேன். அரவிந்த கண் மருத்துவமனை - கோவை, டாக்டர்கள் மற்றும் இதர பணியாளர்கள் உடல் ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும், மருத்துவ ரீதியான பரிசோதனை செய்வதற்கும் மற்றும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன். தேவையானால் எனது தகவலை புகைப்படம் மற்றும் வீடியோ எடுப்பதற்கும் மருத்துவ தகவல் படிப்பிற்காகவும், ஆராய்ச்சிக்காகவும் மற்றும் பதிப்புவதற்காக வெளியிடவும் முழு ஒப்புதலை அளிக்கின்றேன்.

நோயாளியின் கையொப்பம் (அ) கட்டைவிரல் ரேகை

