



FATIMA MEDICAL CENTER (Pvt.) LTD.

KHANEWAL ROAD, MULTAN. Tel : 061-6224433 Fax: 061-6521410

اجازت نامہ برائے علاج معالجہ

مریض کا نام: _____ ولد بیت / خاوند کا نام: _____
وارث کا نام: _____ تاریخ پیدائش / عمر: _____ موبائل نمبر _____
رجسٹریشن نمبر: _____ تاریخ _____ شناختی کارڈ نمبر: _____
پتہ: _____

روم	وی آئی پی روم	ڈبلکس روم	ای سی اینٹروم	بغیر ای سی اے / بغیر اینٹروم	جنرل وارڈ	کیوتھراپی
	13000	9000	7000	6000	3000	
کیوتھراپی بے	4000	3500	3000	2000	2000	2000
نرسری	نرسری چارجز	ریکوری چارجز	نرسری + انکو بیٹر (بغیر ای سی اے)	آکسیجن چارجز (200 فی گھنٹہ)	نیبولائزیشن	فوٹوتھراپی
	4000	3500	5500	4800	150	1500
آئی سی یو	آئی سی یو	لیبر روم چارجز				
	8000	5500				

- 1 میں اس ہسپتال میں اپنے یا اپنے مریض کے علاج کے غرض سے آیا ہوں / آئی ہوں۔ اور اس سلسلے میں اپنے یا اپنے مریض کے معائنے، داغے اور ٹیسٹ وغیرہ کی اجازت دینا اور دیتی ہوں۔
- 2 تمام لواحقین کو مطلع کیا جاتا ہے کہ مریض کے پاس کوئی قیمتی اشیاء نہ ہوں جیسا کہ **زیور** **موبائل** **گھڑی** **پرک** وغیرہ مہربانی فرما کر لواحقین اپنی اشیاء کی خود حفاظت کریں۔
- 3 انتظامیہ کسی بھی قسم کی چوری یا نقصان کے ذمہ دار نہ ہوگی۔
- 4 ادویات کا بل G.A فارمیسی کے کاؤنٹر پر ساتھ ساتھ ادا کریں اور رسید حاصل کریں۔
- 5 بارہ گھنٹے سے زیادہ بٹھرنے پر مکمل اور بارہ گھنٹے سے کم بٹھرنے پر آدھے چارجز ادا کرنے ہوں گے۔
- 6 مجھے یہ بتایا گیا ہے کہ کسی قسم کی پیچیدگی کی صورت میں مریض کے علاج کے طریقہ کار میں تبدیلی ہو سکتی ہے جس کی وجہ سے پہلے بتائے گئے اخراجات سے زیادہ اخراجات ہو سکتے ہیں۔
- 7 Vantilator کی سہولت میسر نہیں ہے۔
- 8 مجھے میرے حقوق اور فرائض کے بارے میں بتا دیا گیا۔ مجھے یہ بھی بتا دیا گیا ہے کہ ہسپتال مجھ سے یا میرے لواحقین سے کسی قسم کے رویے کی توقع رکھتا ہے۔
- 9 مجھے یقین ہے کہ ہسپتال میرے میڈیکل ریکارڈ کو محفوظ رکھے گا۔ تاہم ہسپتال کو اختیار ہوگا کہ وہ میرے ریکارڈ یا ریکارڈ کا کچھ حصہ انشورنس، بل بنانے کے لیے، آڈٹ کے لیے یا سروسز کی بہتری کے لیے استعمال کر سکتا ہے۔
- 10 میں نے مندرجہ بالا اقرار نامہ کو اچھی طرح پڑھ لیا ہے اور مجھے پڑھ کر سنا دیا گیا۔ اور میں اس کے معنی کو اچھی طرح سمجھ گیا۔ گئی ہوں مجھے میرے سوالوں کا تسلی بخش جواب مل چکا ہے۔ نیز مجھے ہسپتال کے قوانین کے بارے میں بھی بتا دیا گیا ہے اور میں ان کی پابندی کا اقرار کرتا ہوں۔
- 11 اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد میں اقرار کرتا ہوں کہ میں ہسپتال میں داخل مریضوں کے دستور و ضابطہ اخلاق کی پابندی کروں گا / گی۔

6 گھنٹے سے زیادہ Stay مکمل دن شمار ہوگا۔

مریض کو کلیئر انس ایڈسپانج کرنے میں 2 سے 3 گھنٹے لگ سکتے ہیں۔

ڈاکٹر کی فیس، لیب، ایکس رے، الٹراساؤنڈ، ای سی سی یا کوئی اور ٹیسٹ اسکے ایڈمیشن کے بعد ہسپتال چارجز کے علاوہ ہیں۔

دستخط مریض

(مریض کے دستخط نہ کر سکنے کی صورت میں عزیز، رشتہ دار، تیماردار

نام _____ رشتہ _____ دستخط _____

Date: 26-06-2020

Fatima Medical Center Multan

Hospital Service Charges for COVID-19 patients:

Sr #	Description	Rate
1	Private Room with Ac	7000/- per day
2	Private Room without Ac	6000/- per day
3	Oxygen Charges	200/per hour

Note: charges not included

- ✓ Medication: as prescribe by consultant.
- ✓ Investigations: as per actual charges.
- ✓ Personal Protective Equipment (PPEs)/ Disposables: As per actual consumption.
- ✓ Consultation fee. As per visit. 1500/-

In case of complaints contact to PHC helpline 0800/00742 from 10:00 AM to 04:00PM during working days

CEO

Fatima Medical center
Fatima Medical Centre
Chowk Rasheed Abad
Khatimul Road Multan.