



**SOUTH
PUNJAB
CLINICS**

Date : 25-06-2020

Ref : _____

"SOUTH PUNJAB CLINICS"

HOSPITAL SERVICE CHARGES FOR COVID-19

➤ Room Charges
✓ Deluxe Room **9,000 Per day**

➤ Oxygen charges **3,500 Per day**
➤ Ventilator Charges **10,000 Per day**

Following charges are not included

- Medicines
- PPE/Disposables
- Investigations
- Consultant Fees



In case of complaint please contact PHC Complaint # **0800-00742**



PH: 061-4545983
0304-7117490
0307-0708722

ساؤتہ پنجاب کلینکس

سورج میانی روڈ چوٹی نمبر 1 ملتان

اجازت نامہ برائے علاج معالجہ



مریض کا نام: _____ ولدیت/خاندان کا نام: _____
رجسٹریشن نمبر: _____ تاریخ پیدائش: _____
شناختی کارڈ نمبر: _____ وارث کا نام: _____

☆ پتہ: _____
☆ سیریس مریض کیلئے ICU کی سہولت اور مصنوعی سانس کی مشین (ویٹنی لیٹر) کی سہولت موجود ہے۔
☆ ساؤتہ پنجاب کلینکس میں ٹرما، حادثہ، لڑائی، جھگڑے کے زخمی اور سانپ دکنے کے کاٹنے کے مریضوں کے علاج کی سہولت میسر نہیں ہے۔

روزانہ	ڈیلیکس روم	سٹینڈرڈ روم	جنرل وارڈ	اکانومی کمرہ (اسے بیڈ)	نرسری چارجرز سے سی/بیڈ
9000/-	7000/-	3000/-	4500/-	4000/-	4000/-
ICU ✓ 10000/-	آکسیجن چارجرز 3500/-	نیبولائزر چارجرز 1000/-	پیشاب کی تالی فقداری تالی 500/-	وینٹی لیٹر 10,000/-	روزانہ
ایمرجنسی (Short Stay) 3000/- C PAP / Bi PAP // Suction 1000/- روزانہ					

☆ مریض اگر کسی بھی سروس سے مطمئن نہیں تو اسے اختیار ہے کہ وہ مین کاؤنٹر پر اپنی شکایت درج کرائے۔
☆ اگر مریض کسی بھی اور ڈاکٹر صاحب سے مشورہ کرنا چاہتے ہوں تو وہ اپنے موجودہ معالج سے اجازت لیکر ایسا کر سکتے ہیں۔ اس اجازت کے بغیر کوئی اور ڈاکٹر مریض کے علاج میں شامل نہیں کیا جائے گا۔
☆ مریض اور لواحقین ہسپتال کی کسی چیز کو توڑ پھوڑ یا نقصان نہ پہنچائیں گے۔
☆ ہسپتال کے اندر اور شفاف سے بات چیت کے دوران غیر شائستہ زبان کا استعمال ممنوع ہے۔
☆ میں اپنی رضامندی سے اپنے مریض کو ساؤتہ پنجاب کلینکس میں داخل کروا رہا ہوں۔ میں ہسپتال کے دستور ضابطہ اخلاق اور ادراجات کا ذمہ دار/پابند ہوں گا۔
☆ میں مکمل تلی کے بعد اپنے مریض کا علاج/آپریشن کی اجازت دیتا ہوں۔
☆ تمام لواحقین کو مطلع کیا جاتا ہے کہ مریض کے پاس کوئی قیمتی اشیاء نہ ہوں جیسا کہ **نرسری** **سویا بل** **نقدی** **گھڑی** **پیس** وغیرہ

مہربانی فرما کر لواحقین اپنی اشیاء کی خود حفاظت کریں | انتظامیہ کسی بھی قسم کی چوری یا نقصان کے ذمہ دار نہ ہوگی

☆ ایڈوائس بل صرف **RECEPTION** پر جمع کرائیں اور رسید حاصل کریں۔
☆ **میڈیکل سٹور** کا بل صرف **فارمیسی** کے کاؤنٹر پر روزانہ جمع کرائیں۔ ادویات کا بل ساتھ روزانہ ادا کریں اور خود رسید حاصل کریں۔
☆ ICU میں پروفیسر ڈاکٹر محمد زبیر شامین کی فیس 3000 روزانہ ہوگی۔
☆ 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 کس قسم کے رویے کی توقع رکھتا ہے۔
☆ مجھے یقین ہے کہ ہسپتال میرے میڈیکل ریکارڈ کو خفیہ رکھے گا۔ تاہم ہسپتال کا اختیار ہوگا کہ وہ میرے ریکارڈ یا ریکارڈ کا کچھ حصہ آڈٹ کیلئے یا سروسز کی بہتری کیلئے استعمال کر سکتا ہے۔
☆ ایک مریض کے ساتھ صرف ایک رشتہ دار **Attendant** کو نمبرنے کی اجازت ہے۔
☆ میں نے مندرجہ بالا اقرار نامہ کو اچھی طرح پڑھ لیا ہے/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۔
☆ اس فارم پر دستخط کرنے کے بعد اقرار کرتا ہوں کہ میں ہسپتال میں داخل مریضوں کے دستور ضابطہ اخلاق کی پابندی کروں گا/گی۔

☆ **6 گھنٹے سے زیادہ Stay مکمل دن شمار ہوگا۔**

☆ ہسپتال میں سگریٹ نوشی منع ہے۔

☆ ڈاکٹر کی فیس، لیب، ایکسرے، الٹراساؤنڈ، ای سی جی یا کوئی اور ٹیسٹ ایڈمیشن کے بعد ہسپتال چارجز کے علاوہ ہیں