

व्यापक रोगी सूचना संग्रह

चिकित्सा स्पा रोगियों के लिए जनसांख्यिकीय डेटा, चिकित्सा इतिहास, दवाएं और एलर्जी के साथ संपूर्ण रोगी प्रवेश फॉर्म

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

जनसांख्यिकीय जानकारी

लिंग *

☐ महिला

☐ पुरुष

☐ गैर-बाइनरी

☐ कहना पसंद नहीं है

पता *

शहर *

राज्य *

पिन कोड *

आपातकालीन संपर्क का नाम *

आपातकालीन संपर्क फोन *

चिकित्सा इतिहास

क्या आप नमिन्लखित किसी भी स्थिति से पीड़ित हैं या पहले पीड़ित हैं?

☐ ऑटोइम्यून विकार (ल्यूपस, रूमेटीइड गठिया, आर्द्रा)

☐ रक्तस्राव या जमावट विकार

☐ मधुमेह (टाइप 1 या टाइप 2)

☐ हृदय रोग या हृदय की स्थिति

☐ उच्च रक्त चाप

☐ थायराइड विकार

☐ दौरा विकार / मरिगी

☐ हेपेटिस बी या सी

☐ एचआईवी / एड्स

☐ कैंसर (वर्तमान या इतिहास)

☐ केलॉइड नशान बनाने की प्रवृत्ति

☐ त्वचा की स्थिति (एक्जिमा, सोरायसिस, रोसेसिया)

☐ ठंड के छाले / हर्पीज सप्लेक्स

☐ उपरोक्त में से कोई नहीं

यदि ऊपर दिए गए किसी भी प्रश्न का उत्तर हां है, तो कृपया विवरण प्रदान करें

क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं या स्तनपान करा रही हैं? *

☐ हां ☐ नहीं ☐ अनश्चित

क्या आपने पछिले 12 महीनों में नमिनलखिति में से कोई भी उपचार कराया है?

☐ बोटॉक्स / न्यूरोटॉक्सिन इंजेक्शन ☐ डर्मल फिलर्स ☐ रासायनिक छलिका
☐ लेजर उपचार ☐ माइक्रोनीडलिंग ☐ चेहरे की सर्जरी
☐ उपरोक्त में से कोई नहीं

वर्तमान दवाएं और एलर्जी

सभी वर्तमान दवाएं सूचीबद्ध करें (सप्लीमेंट और विटामिन सहित)

क्या आप वर्तमान में रक्त पतला करने वाली दवाएं (एस्पिरिन, वारफारिन, इबुप्रोफेन, आदि) ले रहे हैं? *

☐ हां ☐ नहीं

क्या आपने पछिले 6 महीनों में एक्यूटेन (आइसोट्रेटिनोइन) लिया है? *

☐ हां ☐ नहीं

सभी ज्ञात एलर्जी सूचीबद्ध करें (दवाएं, लेटेक्स, खाद्य पदार्थ, आदि) *

क्या आपको कभी स्थानीय संवेदनाहारी (उदाहरण के लिए, लडोकेन) से एलर्जी की प्रतिक्रिया हुई है? *

☐ हां ☐ नहीं

वर्तमान त्वचा देखभाल

आप अपनी त्वचा के प्रकार को कैसे वर्णित करेंगे? *

☐ सूखी ☐ तैलीय ☐ मश्रित
☐ संवेदनशील ☐ सामान्य

अपने वर्तमान त्वचा देखभाल उत्पादों को सूचीबद्ध करें

उपचार के आपके प्राथमिक लक्ष्य क्या हैं? *

सहमत और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सटीक और पूर्ण है। मैं समझता हूँ कि जानकारी को छपाने या गलत जानकारी प्रदान करने से मेरी उपचार योजना और परिणाम प्रभावित हो सकते हैं। मैं अपने स्वास्थ्य की स्थिति या दवाओं में किसी भी परिवर्तन के बारे में क्लिनिक को सूचित करने के लिए सहमत हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है और सूचित सहमत देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है: _____

हस्ताक्षर

दस्तावेज

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमत में परिवर्तित करता है जिससे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नश्वरक योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।