

नए पालतू रोगी पंजीकरण

पूर्ण चिकित्सा इतिहास और टीकाकरण इतिहास के साथ पशु चिकित्सा क्लिनिकों के लिए व्यापक नए रोगी पंजीकरण

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्मतारीख *

DD / MM / YYYY

पालतू जानकारी

पालतू का नाम *

प्रजाति *

- ☐ कुत्ता ☐ बिल्ली ☐ पक्षी
☐ खरगोश ☐ सरीसृप ☐ अन्य

नस्ल *

रंग/नशान

जन्मतारीख (या अनुमानित) *

DD / MM / YYYY

लिंग *

- ☐ नर (बरकरार) ☐ नर (नपुंसक) ☐ मादा (बरकरार)
☐ मादा (बंध्या)

वर्तमान वजन (पाउंड) *

क्या आपके पालतू के पास माइक्रोचिप है?

- ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ अज्ञात

माइक्रोचिप नंबर (यदि ज्ञात हो)

पालतू इतिहास

आप अपने पालतू को कहां से लाए?

- ☐ ब्रीडर ☐ आश्रय/बचाव संगठन ☐ पालतू पशु की दुकान
☐ मत्ति/परिवार ☐ मला/आवारा ☐ अन्य

पछिले पशु चिकित्सक/क्लिनिक

पछिले पशु चिकित्सक का फोन

क्या हम आपके पछिले पशु चिकित्सक से चिकित्सा रिकॉर्ड का अनुरोध कर सकते हैं?

- ☐ हाँ ☐ नहीं

टीकाकरण इतिहास

क्या रेबीज का टीकाकरण वर्तमान है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ अज्ञात

अंतिम रेबीज टीकाकरण की तारीख

DD / MM / YYYY

क्या मुख्य टीके वर्तमान हैं? (कुत्तों के लिए DHPP, बिल्लियों के लिए FVRCP) *

- ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ अज्ञात

क्या बोर्डेटेला (केनल कफ) टीकाकरण वर्तमान है? (कुत्ते)

- ☐ हाँ ☐ नहीं ☐ N/A — बिल्ली

क्या आपका पालतू हृदय कृमिरोकथाम पर है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपका पालतू पसिस्/टकि रोकथाम पर है? *

- ☐ हाँ ☐ नहीं

चिकित्सा इतिहास

क्या आपके पालतू को नमिन्लखिति में से किसी का नदिन किया गया है?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ एलर्जी (भोजन, पर्यावरणीय, या त्वचा) | ☐ गठिया/जोड़ों की समस्याएं | ☐ हृदय रोग |
| ☐ गुरदे की बीमारी | ☐ यकृत रोग | ☐ मधुमेह |
| ☐ दौरे/मस्तिष्क | ☐ कैंसर | ☐ थायरॉइड विकार |
| ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं | | |

कृपया ऊपर दी गई किसी भी स्थिति के विवरण प्रदान करें

वर्तमान दवाएं और पूरक

ज्वात एलर्जी (दवाएं, खाद्य पदार्थ)

पछिली सर्जरी या अस्पताल में भर्ती

वर्तमान आहार/खाद्य ब्रांड

व्यवहार जानकारी

क्या आपके पालतू ने कभी किसी व्यक्ति या जानवर को काटा या काटने की कोशिश की है? *

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया वर्णन करें

क्या आपके पालतू को पशु चिकित्सक के पास चलाया जाता है?

☐ नहीं — शांत ☐ हल्का — घबराहट लेकिन प्रबंधनीय
☐ मध्यम — कोमल संयम की आवश्यकता हो सकती है ☐ गंभीर — शामक की आवश्यकता हो सकती है

पालतू बीमा

क्या आपके पालतू के पास बीमा है?

☐ हाँ ☐ नहीं

बीमा प्रदाता

पॉलिसी नंबर

सहमत और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी सटीक और पूर्ण है। मैं पशुचिकित्सा दल को मेरे पालतू को चिकित्सा सेवा प्रदान करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं टीकाकरण रिकॉर्ड को वर्तमान रखने और अपने पालतू के स्वास्थ्य 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 मैं सूचित सहमत देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है:

हस्ताक्षर

दिनांक

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 नशिल्क 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।