

BREACH CANDY HOSPITAL TRUST

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

(Please fill the form in block letters)

Date : _____

Name of the patient : Mr./Ms./Mrs. _____
 (First Name) (Middle Name) (Surname)

Gender : M F Date of Birth : _____ DD _____ MM _____ YYYY Marital Status : _____

Mobile No.: _____ Email ID : _____ Nationality : _____

Permanent Address : _____
 _____ Pin Code : _____

Correspondence Address : _____
 _____ Pin Code : _____

Emergency Contact Person - Name : _____ Relation : _____ Contact No. : _____

ID Provided - Type : _____ No. : _____

I hereby affirm that the information provided above is true to the best of my knowledge.

I wish to receive health related information

on WhatsApp and / or Email / SMS on Mobile No. /

Email shared Yes No

(Signature)

Name : _____

Relation to the patient : _____

BCHT/RECP/NPR/2/02-22

ब्रिच कॅन्डी अस्पताल ट्रस्ट

रोगी पंजीकरण फॉर्म

दिनांक : _____

मरिज का नाम श्री / श्रीमती / कुमार / कुमारी _____

लिंग : पु. स्त्री जन्म तारीख : _____ वैवाहिक स्थिती : _____

मोबाइल नं.: _____ ई-मेल : _____ नागरीकत्व : _____

स्थायी पता : _____

_____ पिन कोड : _____

पत्राचार का पता : _____

_____ पिन कोड : _____

आपातकालीन संपर्क व्यक्ति : नाम : _____ मरिज से संबंध : _____ फोन नं.: _____

आई डी प्रदान की गई : प्रकार : _____ नं.: _____

मैं इस बात की पुष्टी करता / करती हूँ की मेरे द्वारा दी गयी जानकारी सही हैं।

मैं, मेरे द्वारा प्रदान किये मोबाइल न. / इमेल पर व्हाट्सएप /

एस एम एस / इमेल द्वारा, मेरे स्वास्थ्य संबंधी

जानकारी प्राप्त करना चाहता / चाहती हूँ। हाँ नहीं

हस्ताक्षर

नाम : _____

BCHT/RECP/NPR/2/02-22

मरिज के साथ संबंध : _____