

Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur

Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child

Satyam

Super Speciality Hospital

Your Trust. Our Service

Kind Attn :- A Giggles Welfare Organization

Fund-Support Requisition for Economically Weaker Section

Reference No. - UHID NO- 506

OPD NO. 66

Dated: 07.05.2019

PROFORMA INVOICE/FUND REQUISITION REPORT

Satyam Super Speciality Hospital (A unit of Satyam medical Care Pvt. Ltd.)

Opp. Satyam Paramedical College And Research

Manpur, Muzaffarpur, - 842001, Bihar

Patient Name:	SHANWI
Sex:	FEMALE
Father's Name:	SHASHIKANT KUMAR
Address:	NEW GANDHINAGAR, BAIRIYA, MUZAFFARPUR
Diagnosis:	DOMESTIC BOURN
Date of Admission:	07.05.2019

Overall Analysis:

The Child Shanwi was brought to the hospital on 08.05.2019 by her parents. She has Domestic bourn of 10 % of right side of neck, shoulder & arm and needs immediate treatment. she has been kept on Drug coverage, proper dressing and constant monitoring. She will be kept in insulation ward minimum 10-11 days for complete recovery.

Her father is a daily wage labourer and Mother is house wife, hence they can't take care of her treatment without immediate financial support

Estimated Fund required during Hospital Stay and Overall Treatment

S.No.	Element	Unit	Rate (INR)	Price (INR)
1	Isolation Ward	11	900.00	9900.00
2	Nursing Charge	11	500.00	5500.00
3	Visit charge	11	600.00	6600.00
4	Medicine			12345.00
5	Pathology	1	1200.00	1200.00
6	dressing	10	500.00	5000.00
			Total	40545.00

Kindly release the fund at the earliest so that treatment of Shanwi aged 3 years, can be executed without any hindrance.



Satyam Super Speciality Hospital

Satyam Medical Care Pvt. Ltd.

(Opp. Satyam Paramedical College & Research) Muzaffarpur-842001, Bihar

Email: satyam_hospital@yahoo.com

Phone: 979752992, 9931860362, 7070223603

Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur

Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child

Pictures of the patient



Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur
Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child



Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur

Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child

Dr. K.K. Roy

Principal
Satyam Para Medical College
M.B.B.S. (B.U.) F.C.G.P (DELHI)
CHAKRABARTI AWARD

Satyam

Super Speciality Hospital

Your Trust. Our Service

OPD Prescription

UHID No. : 506

Patient Name : Ms. SHANWI

Address : New Gandhinagar Bairiya Muzaffarpur

Serial No. : 1

B.P. :

Pulse :

OPD No. : 66

Date : 08/May/2019

Age / Sex : 3 Years / Female

Valid Upto :

Temp:

Weight :

Daneshi Roue 12kg

- Rx
- (I) *Folic acid 5mg*
- a 1-2/100 of 2/100
 - (II) *clavum 500*
2 Tds Thrice
 - (III) *500*
1/2 Tds
 - (IV) *500*
1/2 Tds



Satyam Super Specialiy Hospital

Unit of Satyam Medical Care Pvt. Ltd

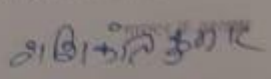
Haripur (Opp.Satam Paramedical College & Research) Muzaffarpur-842001, Bihar

E-mail : satyam_hospital@yahoo.com

Mob:-7979752992, 9931860362, 7070223603

Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur

Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child

SATYAM MEDICAL CARE PVT. LTD Main Road, Maripur Opposite Satyam ParaMedical College, Muzaffarpur CHID NO. 506 EPD NO. 20	Satyam Super Speciality Hospital Main Road, Maripur
शपथ-पत्र	
SHANWI, बिरायी New Gandhinagar Bairiya Muzaffarpur अपनी स्वीकृत प्रदान करता / करती है कि	
1. मैं जो अपने बच्चे की बीमारी को नहीं चिकित्सा कराईया, उसके प्रभाव एवं प्रकृति के बारे में पूरी तरह अवगत करा दिया गया है।	
2. मैं/अपने बच्चे को सम्बन्ध में चिकित्सा करने वाले चिकित्सक को पूर्णतः (पूर्ण जटिल रोग)/यदि सम्बन्धी आवसी, पूर्ण के रोगों तथा कराया गये इलाज एवं उसके उत्पन्न जटिलताओं के बारे में पता दिया है।	
3. मैं अपने चिकित्सा करने वाले चिकित्सक के साथ चिकित्सा के विभिन्न विकल्पों, जो उनके परिणामी एवं प्रभावी के बारे में विस्तार से विचार-विमर्श कर लिया है।	
4. Dr. K.K. Roy चिकित्सा के द्वारा बीमार को निदान हेतु समय-समय पर किया जाने वाले सभी एक्सरे, अल्ट्रासाउण्ड, एम्बीयुलरी डॉटिंग, स्कैन इत्यादि करने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता है। चिकित्सक के परामर्श के अनुरूप मुझे या मेरे बच्चे को भी जाने वाली बेहतर की रण देने, एक किसी भी प्रकार की शल्य क्रिया करने की सहमती देता है।	
मैं या मेरी सहमति प्रदान करता हूँ मुझे अपना मेरे बच्चे को भी चिकित्सक/एच गहन चिकित्सा का के प्रभावी चिकित्सक के परामर्श से गहन चिकित्सा तक में अपना उसके गहन चिकित्सा के लिए स्वयंसेवक कर दिया जाए।	
मैं या मेरी सहमति प्रदान करता हूँ कि योग्यता हेतु जो गहन चिकित्सा के गहन डॉक्टरों के लिए अपना मुझे उसका परामर्श प्रदान के लिए निकाला जाए है उसका अपना मेरी चिकित्सा पर नहीं पड़ेगा।	
मुझे इस बात को जानकारी है कि चिकित्सा के लिए मुझे जो भी रकम आना चाहिए उस सम्बन्ध में मुझे बताया गया है यदि समस्त आवश्यकताएँ हैं तो समस्त आवश्यक परिस्थितियों के परामर्श के अधीन रकम बढ़ाने व यदि कोई मुझे या मेरे बच्चे को कोई क्षति होती है तो उसकी मेरी जिम्मेदारी होगी।	
मैं यहाँ पर डॉक्टर को इसके लिए अनुमति प्रदान करता हूँ कि मुझे जो भी रकम बढ़ाने के लिए समस्त आवश्यक परिस्थितियों को निम्नमें उल्लेखित एवं एकत्रित/उचित एवं-संयोजित के लिए आवश्यक परिस्थिति भी सम्बन्धित है।	
संस्थान हेतु सहमति	
मैं या मेरी सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि उपचार में मेरा किसी भी प्रकार की शल्य क्रिया अपना उससे सम्बन्धित कोई प्रक्रिया अपनाई जाती है तो मैं या मेरे बच्चे को एचआर/जीओ परीक्षण कर दिया जाये।	
मैं या मेरी सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि मेरी बच्ची के समय परामर्श चिकित्सक द्वारा एचआर/जीओ परीक्षण की सलाह दी जाती है, तो परीक्षण कर दिया जाए। मुझे किसी प्रकार की कोई गारंटी/बचपन नहीं किया गया है कि मेरे बच्ची के समस्त सकारात्मक परिणाम उपयुक्त।	
1. मैं इससे लिए भी सहमति प्रदान करता हूँ कि यदि चिकित्सा के दौरान यदि कोई अनहोनी घटना घटित होती है जो कि परिस्थितिक चिकित्सकों के परामर्श के बाहर हो उपचार का कोई उत्तरदायित्व नहीं होगा।	
2. मुझे यह भी चिकित्सा दिया गया है कि मैं अपने बच्चे को चिकित्सा किसी अन्य अस्पताल में कराई परन्तु मैं इससे लिए दायित्व नहीं भरी हूँ।	
3. यदि अनुसंधान हेतु आवश्यक हो तो बिना मेरी या मेरे बच्चे के परामर्श एवं अनुमति के अवगत करा दिया गया है मैं यदि उसका फल सकारात्मक।	
4. मुझे कौन-एक उसके अनुभव के लिए अस्पताल के सभी निष्पक्ष एवं अनुमति के अवगत करा दिया गया है मैं यदि उसे अस्पताल में या मैं भी परामर्श करता हूँ कि यदि आवश्यक।	
5. मैंने बच्चे को मेरी से सम्बन्धित निदेश गुरितका का मासिकी उपचार कर लिया है मैं या मेरी सहमति करता हूँ कि यदि आवश्यक।	
6. मुझे जो भी मेरे द्वारा अधिनियम किया हुआ कम्प्युटर खाती कर देना और एचडी के समय अपने समस्त देय का पूर्ण भुगतान कर देना।	
7. यदि मेरी या बिना बात कारण के निदान हो जाता है तो उसकी निम्न का कारण जानने के लिए उसका पोस्टमार्टम करने की सहमति भी प्रदान करता हूँ।	
8. सभी वैधानिक कार्यवाही का कर्तव्य, सम्पन्न होगा।	
मैं घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सार्वजनिक हेतु स्वयंसेवक की है, तथा मुझे चिकित्सा एवं जीव के दौरान जाने वाली रिपोर्टों एवं कलियाइलों के बारे में विस्तृत रूप से पता दिया गया है। जिससे मैं समझता हूँ मैं जो अस्पताल के कर्मचारियों को अधिनियम करता हूँ कि वह सभी आवश्यक कार्यवाही चिकित्सा के दौरान अपने सभी कलियाइलों के लिए।	
नाम	
पता एवं पता	दिनांक _____ दिन _____
अस्पताल का अनुमति का निदान	
नाम	
यदि या मेरी सहमति पर दृष्टिकोण द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है जो समय नहीं है। बच्चे के साथ अपना सम्बन्ध बर्ताने।	
जहाँ के समय जो अधिक कमरा है मैंने जहाँ की है उससे क्विंटिको मैं सभी बिल (देय) का भुगतान बिल मिलने पर दो दिन के अन्दर करने का प्रयास करता हूँ।	
का-का मुझे तुम्हारा अस्पताल से जाने की चिकित्सा लेक का डिस्टांट कर दिया और भुगतान प्राप्त करने हेतु मेरे विनाश कर्तवी कार्यवाही की जाय।	
मेरे बच्चे के इलाज के	
मैं _____ का घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी _____ समस्त देय का भुगतान नहीं करता है तो मैं पूर्ण भुगतान करने का वचन देता हूँ।	
नाम	
	
A. Dataman Software (0512) 2376506, 2317191	

Satyam Super Speciality Hospital, Muzaffarpur

Fund Requisition Support for Miss Shanwi, Girl Child

SATYAM MEDICAL CARE PVT. LTD
Main Road, Maripur
Opposite Satyam ParaMedical College Muzaffarpur

Satyam
Super Speciality Hospital
New Town, Muzaffarpur

CONSENT FOR TREATMENT / OPERATION OF SERIOUSLY ILL PATIENT

LHD No. 506 IPD No. 20 Date 08/May/2019
Name of Patient SHANWI Person giving consent SHASHIKANT PRASAD
Clinician I/C Dr. K.K. Roy Relationship with the patient : Daughter

I SHASHIKANT PRASAD who is related to patient as Daughter hereby give consent for the treatment / operation of my patient Daughter I have been explained by clinician I/C about the seriousness of the disease and to me the gravity of disease has been graded as I have been explained about the disease and its management to my satisfaction and answers to my relevant questions have been given to me to my satisfaction. I have also been told that my patient can die during operation / treatment or after the operation / treatment. I am fully satisfied by the course of management as explained to me. In case of any mishappening or death of the patient during or after the operation / treatment, I shall not hold responsible the surgical or anaesthetist team responsible for it.

SIGNATURE OF PERSON GIVING CONSENT
NAME OF THE PERSON GIVING CONSENT SHASHIKANT PRASAD
SIGNATURE OF WITNESS FROM FAMILY OR FRIEND *श. शि. प्रसाद*
NAME OF PERSON SIGNING AS WITNESS

श्रीमान
निवात बलकृष्ण आर्यनिवात

महाराष्ट्र

निवेदन है कि मेरी बेटी शानवी साठ

के चौर में आकर लग लगी है।

डॉक्टरों का कहना है कि उसके इलाज

में 40 से 45 हजार का खर्च होगा

ये खर्च मैं जैसे मजदूर के लिए मैं

खर्च करना संभव नहीं है।

अतः श्रीमान से प्रार्थना है।

कि बेटी के इलाज हेतु आर्थिक

मदद करने की कृपया करें। मदद

के लिए अपरिवार आपका आभारी

रहूँगा

आपका विश्वासी

श. वि. कांत कुमार

न्यु गौंधीनगर बिरिया

मुजफ्फरपुर