

GHAISAS ENT HSOPITAL / 1248 B DECCAN GYMKHANA / PUNE 411004

डॉक्टरांचे नाव : \_\_\_\_\_ . दिनांक : \_\_\_\_\_  
वेळ : \_\_\_\_\_ \*घोषणापत्र\*

सध्याच्या कोरोना साथीच्या पार्श्वभूमीवर प्रतिबंधात्मक संचारबंदीच्या (Lockdown) काळात मी माझ्या तातडीच्या इलाजासाठी (Emergency Treatment) म्हणून स्वतःहून हॉस्पिटलला डॉक्टरांकडे आलेलो आहे. मी COVID19 चा लक्षणविरहित वाहक (Asymptomatic carrier) अथवा निदान न झालेला बाधित व्यक्ती (Undiagnosed patient) असेन, तर माझ्यामुळे डॉक्टर व हॉस्पिटलमधल्या कर्मचाऱ्यांना धोक्यात टाकू शकतो याची मला कल्पना असून, त्याबद्दलची योग्य ती खबरदारी घेण्याची व डॉक्टरांनी सांगितलेले सल्ले (Protocols) पाळण्याची माझी जबाबदारी आहे. मी लक्षण विरहित कोरोना विषाणूचा वाहक असू शकतो. जर भविष्यात मी कोरोना positive निघालो आणि माझ्यामुळे आपल्याला कोरोना झाला आणि तो अन्य रुग्णांना पसरला तर त्यासाठी मी जबाबदार असेन, याची मला पूर्ण कल्पना आहे. तसेच हॉस्पिटल मधून अथवा डॉक्टरांकडूनही मला संक्रमण (Infection) होऊ शकते याचीही मला कल्पना आहे, व असे होऊ नये याची मी स्वतः सर्वोत्तमरी खबरदारी घेईनच, पण यदाकदाचित मला किंवा माझ्या सोबत आलेल्या (accompanying persons) व्यक्तींना असे संक्रमण झाल्यास मी डॉक्टर, हॉस्पिटल व हॉस्पिटल कर्मचाऱ्यांना जबाबदार धरणार नाही..

रुग्णाचे नाव : \_\_\_\_\_

मोबाईल नंबर: \_\_\_\_\_ रुग्णाची सही / अंगठा \_\_\_\_\_

GHAISAS ENT HSOPITAL / 1248 B DECCAN GYMKHANA / PUNE 411004

डॉक्टरांचे नाव : \_\_\_\_\_ . दिनांक : \_\_\_\_\_  
वेळ : \_\_\_\_\_ \*घोषणापत्र\*

सध्याच्या कोरोना साथीच्या पार्श्वभूमीवर प्रतिबंधात्मक संचारबंदीच्या (Lockdown) काळात मी माझ्या तातडीच्या इलाजासाठी (Emergency Treatment) म्हणून स्वतःहून हॉस्पिटलला डॉक्टरांकडे आलेलो आहे. मी COVID19 चा लक्षणविरहित वाहक (Asymptomatic carrier) अथवा निदान न झालेला बाधित व्यक्ती (Undiagnosed patient) असेन, तर माझ्यामुळे डॉक्टर व हॉस्पिटलमधल्या कर्मचाऱ्यांना धोक्यात टाकू शकतो याची मला कल्पना असून, त्याबद्दलची योग्य ती खबरदारी घेण्याची व डॉक्टरांनी सांगितलेले सल्ले (Protocols) पाळण्याची माझी जबाबदारी आहे. मी लक्षण विरहित कोरोना विषाणूचा वाहक असू शकतो. जर भविष्यात मी कोरोना positive निघालो आणि माझ्यामुळे आपल्याला कोरोना झाला आणि तो अन्य रुग्णांना पसरला तर त्यासाठी मी जबाबदार असेन, याची मला पूर्ण कल्पना आहे. तसेच हॉस्पिटल मधून अथवा डॉक्टरांकडूनही मला संक्रमण (Infection) होऊ शकते याचीही मला कल्पना आहे, व असे होऊ नये याची मी स्वतः सर्वोत्तमरी खबरदारी घेईनच, पण यदाकदाचित मला किंवा माझ्या सोबत आलेल्या (accompanying persons) व्यक्तींना असे संक्रमण झाल्यास मी डॉक्टर, हॉस्पिटल व हॉस्पिटल कर्मचाऱ्यांना जबाबदार धरणार नाही..

रुग्णाचे नाव : \_\_\_\_\_

मोबाईल नंबर: \_\_\_\_\_ रुग्णाची सही / अंगठा \_\_\_\_\_