

## क्लायंट (ग्राहक) सहमति और एसीसी जानकारी फार्म

सैक्शन 1 – व्यक्तिगत जानकारी			
टाइटल (पद) :	फोन:		
पहला नाम:	काम करने की जगह का फोन:		
आपकी पसंद का नाम:	मोबाइल:		
पारिवारिक (सरनेम) नाम:	ईमेल:		
लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	घर का पता - गली:		
जन्मतिथि:			
जातीय (एथनिक) ग्रुप:	सबर्ब (उपनगर):		
जीपी (डॉक्टर) का नाम:	शहर:		
मेडिकल प्रैक्टिस:	पोस्ट कोड:		
व्यवसाय या पेशा:			
क्या आपकी कोई विशेष सांस्कृतिक (कल्चरल) या शारीरिक जरूरत है:			
सैक्शन 2 आपकी आम सेहत के बारे में सवाल:			
<input type="checkbox"/> गर्भवती	<input type="checkbox"/> दिल की हालत	<input type="checkbox"/> सुनने/देखने में कमजोरी	<input type="checkbox"/> दमा/सांस लेने से सम्बन्धित
<input type="checkbox"/> एचआईवी/हेपाटाइटिस सी	<input type="checkbox"/> स्ट्रोक/टीआईए	<input type="checkbox"/> ऑस्टियोपोरोसिस /हड्डियों की कमजोरी	<input type="checkbox"/> त्वचा (चमड़ी) की हालत
<input type="checkbox"/> सर्जरी पिछले 5 सालों में .....	<input type="checkbox"/> कैंसर	<input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट करें) .....	<input type="checkbox"/> एलर्जी (स्पष्ट करें) .....
<input type="checkbox"/> धूम्रपान करने वाला			
दवाएं – कृपया सूची दें:			
सैक्शन 3 – सहमति			
<p>मैं एतद्वारा अपनी बीमारी, चोट या हालत (सेहत) की सहायता में जरूरी फिजियोथैरेपी (शरीर की चिकित्सा) सेवाएं प्रदान करने के लिए एक योग्य फिजियोथैरेपिस्ट से इलाज कराने के लिए सहमत हूँ। मैं जानता/जानती हूँ कि मुझे पेश किए जाने वाले इलाज के किसी हिस्से या सारे के सारे इलाज को मना करने का हक है। मैं जानता/जानती हूँ कि मुझे दूसरी राय लेने का हक है। मैं जानता/जानती हूँ कि मुझे अपने साथ अभिभावक/सहायक आदमी को अपने साथ रखने का हक है। अगर जरूरी हो तो अपनी हालत को मेरे जीपी या स्पेशलिस्ट (विशेषज्ञ) से चर्चा करने की मैं सहमति देता/देती हूँ</p>			
<b>हस्ताक्षर:</b>		<b>तिथि:</b>	
<i>(अगर 16 साल से कम हो तो माता-पिता/अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर (साईन) करना जरूरी है)</i>			

## पेशेंट स्पेसिफिक फंक्शनल स्कोर (रोगी विशेष का काम करने का स्कोर):

आपमें होने वाले सुधार पर निगरानी रखने के लिए हमारा यह देखना जरूरी है कि इस समय दर्द का आपकी रोजमर्रा की ज़िन्दगी पर कितना बुरा प्रभाव पड़ रहा है।

कृपया ऐसे तीन कामों की सूची दें जिसे करने में आपको मुश्किल होती है (जैसे कि कपड़े पहनना, लेटना)। फिर हरेक काम को उसमें होने वाली मुश्किल के आधार पर 10 में से एक नम्बर (स्कोर) दें।

काम या गतिविधि	स्कोर
1	
2	
3	

## स्कोर करने का स्केल:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

पहले की तरह काम करने में  
काबिल

काम करने में नाकाबिल