शर्त एवं सहमति पत्र

- मै/हम डा० बी० सहनी क्लिनिक, रिसर्च इंस्टिच्यूट ऑफ सहनी ड्रग ट्रांसमिशन एण्ड होमियोपैथी के चिकित्सकों द्वारा प्रदत्त चिकित्सा अपने लिए/अपने परिवार के सदस्य के लिए लेना चाहता हूँ। मुझे/हमें क्लिनिक द्वारा प्रदत्त चिकित्सा की पूरी जानकारी दी गई है।
- इस क्लिनिक में होमियोपैथिक शक्तिकृत औषधियों का शरीर से लिए हुए बाल (केश) के माध्यम से प्रसारण विधि चिकित्सा की जाती है। जो एक अनुसंधात्मक प्रयोग चिकित्सा है। यह एक प्राकृतिक एवं सुरक्षित चिकित्सा पद्वति है। चिकित्सा के दौरान किसी प्रकार के आवांछित घटना जो संयोग के रूप में उत्पन्न हो सकते हैं उसके लिए क्लिनिक किसी भी प्रकार से जिम्मेवार नहीं होगा और मैं इसके लिए कोई भी दावा पेश नहीं करूँगा/करेंगे।
- मुझे/हमें चिकित्सा के संबंध में रोग के ठीक होने के लिए किसी भी प्रकार का आश्वासन या गारंटी नहीं दी गई है। मुझे/हमें चिकित्सा से कोई लाभ न हो तो मैं/हम किसी भी प्रकार के दावे का अधिकारी नहीं होंगे/हूँ।
- मैं/ हम उपरोक्त शर्तो एवं जानकारी के आलोक में स्वेच्छा से अपनी ही जिम्मेवारी पर अपनी या अपने परिवार के सदस्य की चिकित्सा कराने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता हुँ।
- किसी भी प्रकार के विवाद की स्थिति में उत्पन्न रोग में वृद्धि या रोग नहीं ठीक होने की सारी जिम्मेवारी मेरी/हमारी होगी और इसके लिए डा० बी० सहनी क्लिनिक, रिसर्च इंस्टिच्यूट ऑफ सहनी ड्रग ट्रांसमिशन एण्ड होमियोपैथी पर किसी भी प्रकार की जिम्मेवारी नहीं होगी।
- मै /हम स्वयं इस सहमति पत्र को पूरे जानकारी मे हस्ताक्षर किया हु /है
- मैं/ हम उपरोक्त सभी शर्तो पर अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

Terms & Conditions and Agreement

- I/We am / are pleased to take treatment for myself/my family member by the Doctors at Dr. B. Sahni Clinic, Research Institute of Sahni Drug Transmission & Homoeopathy. I Want to take the advantage of this treatment for my/my dependent Sickness/Ailments. I/We have been informed about the methods and implication of treatment at this clinic.
- I/We have noted the information the Homoeopathic dynamic medicine transmitted through my hair is a research oriented treatment. It is natural and safe therapy. In case, I develop any unexpected event that might coincide during the course of treatment, I will not claim that is the after effect of transmission of dynamic medicine.
- I/We hereby confirm and acknowledge that I / We have not been given any promise or guarantee about the cure of my ailment. I/We have been informed that there is no 1 success, which I / We am are

undertaking. In case I /we do not respond positively, I/we will be in no position to make any claim whatsoever.

- I/We wish to undertake treatment for myself/my family member after getting informed about the risk and methodology. I/We give my consent for treatment at my own risk and responsibility.
- In case of any dispute aroused due to treatment such as increase in disease or not getting cured, all the responsibility will be mine/ours. RISDTH and Dr. B. Sahni Clinic will in no way be held responsible.
- I have signed this agreement myself/ with my guardian only.
- I agree with the terms and conditions as above.
-

अभिभावक के हस्ताक्षर
SIGNATURE OF THE GUARDIAN

रोगी के के हस्ताक्षर
SIGNATURE OF THE PATIENT