



रोगी संख्या _____

प्रवेश की तिथि _____

प्राकृतिक चिकित्सा एवं योग शिविर

योग एवं प्राकृतिक चिकित्सा (नेचुरोपैथी) व शोधक क्रियाओं से सम्पूर्ण शरीर और मन का शुद्धिकरण

रोगी की दशा का विवरण

श्री / श्रीमती / कु _____

आयु _____ वजन _____ व्यवसाय _____

स्थायी पता _____

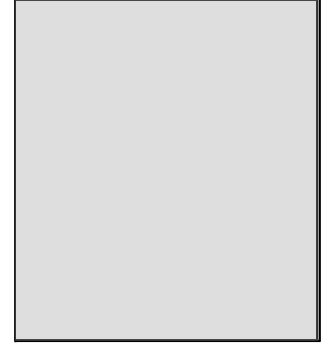
फ़ोन _____ मोबाइल _____

ई-मेल _____ वेबसाइट _____

रोग _____

व्यसन (चाय, कॉफी , कोल्ड ड्रिंक्स, शराब, गुटखा, तम्बाकू, अफीम, गांजा, पान, सुपारी) कब

से सेवन कर रहे हैं ? _____ कोई अनुवांशिक रोग _____



गुप्त रोग _____

किसी प्रकार का ऑपरेशन _____ कितना समय हुआ _____

संकल्प

मैं अपनी तथा अपने परिजनों की पूर्ण सहमति से चिकित्सालय / चिकित्सा शिविर में भाग ले रहा हूँ। मैं चिकित्सालय / चिकित्सा शिविर के नियमों का पूरी तरह पालन करूँगा। अभी तक रोगों को दवाओं से दबाये जाने के कारण अचानक अथवा उपवास के आरंभ में ही उपचार व सावधानी बरतते हुए भी मृत्यु या मृत्यु समकक्ष कष्ट आ जाये तो उसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा। संस्था व चिकित्सक कोई जिम्मेदार नहीं होंगे। प्राकृतिक चिकित्सा पर मेरा पूर्ण विश्वास है। चिकित्सालय / शिविर की समस्त गतिविधियों में भाग लूँगा। उपचार की सफलता संयम, साहस, धैर्य एवं उचित खान पान से है। अतः मैं इसका पूर्णतः पालन करूँगा।

चिकित्सा शिविर बीच में ही छोड़ कर जाने पर जमा धनराशि वापिस नहीं होगी।

चिकित्सा शिविर _____ दिन का है। चिकित्सा, भोजन, आवास धनराशि _____

काया-कल्प शिविर एवं युवक युवति रक्षा आंदोलन को सफल बनाने के लिए सहयोग राशि

देना चाहते हैं? सहयोग राशि _____

मुख्य चिकित्सक के हस्ताक्षर _____ रोगी के हस्ताक्षर _____

**निरोग भारत - वैदिक साधन आश्रम (तपोभूमि), रायपुर रोड, नालापानी, खलंगा रोड, तिब्बती कॉलोनी
से आगे, देहरादून 248008**