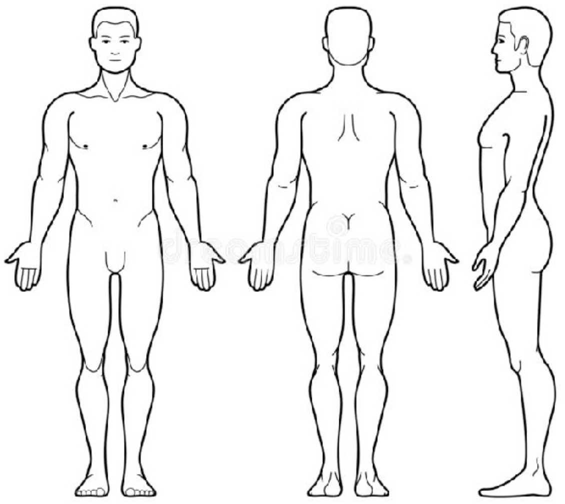
RIMS
RITE INSTITUTE
OF MIND SCIENCES

سمیلیہ ہومیو کلینکس

Similia
Homoeo Clinix
Mainly for chronic and failure cases

مریض کا نام۔----------------- ولدیت: ------------ عمر۔------------ پیشہ۔----------------- حوالہ نمبر۔--------------

بہن بھائی کتنے ہیں اوران میں آپکا نمبر کتنا ہے۔--------------- مکمل ایڈریس۔------------------------ ای میل۔------ وٹس ایپ۔-----------------



۱۔ مریض کو اس کی تکلیف بیان کرنے دیں(General Symptoms)۔

۲۔ مریض کے جسم کی کس جگہ پر تکلیف ہوتی ہے(Location)۔

۳۔ مریض اپنی تکلیف کے سبب کیا خیال رکھتا(Mental State)ہے۔

۴۔ یہ تکلیف کیسے شروع ہوئی اور کتنی دیر(Cause & Duration)سے ہے۔

۵۔ دن یا رات کے کس وقت تکلیف میں اضافہ یا کمی(Modalities)ہوتی ہے۔

۶۔ جب تکلیف شروع ہوتی ہے تو اس میں کس طرح کرنے سے کمی یا اضافہ ہوتا ہے(Concomitant)۔

مثال کے طور پر اس میں آرام کرنے سے اضافہ ہوتا یا کمی۔ حرکت سے، گرمی سے، سردی سے یا دباؤ سے افاقہ یا اضافہ ہوتا ہے(Sensations)۔

۷۔ مریض کون سے موسم میں بہتر محسوس کرتا(Tharmal State)ہے۔

۸۔ مریض کی بھوک کیسی ہے۔ کونسی غذا زیادہ پسند کرتا ہے۔ کوئی مخصوص غذا جو مریض کو ناموافق ہوتی ہو۔ کوئی خاص غذا جو مریض کو پسند ہو(Like & Dis like)۔

۹۔ مریض روزانہ کتنا پانی پیتا ہے۔ پانی کی مقدار لکھیں۔ کیا مریض ٹھنڈے مشروب پسند کرتا ہے یا گرم(Desire)۔

۱۰۔ کیا مریض کو پاخانہ باقاعدگی کے ساتھ آتا ہے یا قبض ہوتی ہے۔

۱۱۔ دن اور رات میں مریض عموماً کتنی بار پیشاب کرتا ہے۔ اگر پیشاب زیادہ دیر رک جائے تو کیا تھوڑا سا پیشاب خود ہی نکل جاتا ہے۔

۱۲۔ کیا مریض کو نیند معمول کے مطابق آتی ہے۔ نیند میں کوئی خوفناک یا عجیب وغریب خواب آتے ہیں۔

۱۳۔ سابقہ ہسٹری: ماضی میں مریض کونسے مرض میں مبتلا ہوا ہے۔ مثال کے طور پر بخاروں جیسا کہ ملیریا، انفلوئنزا، ٹائیفائیڈ، اسہال، پیچش۔ جلدی بیماریوں جیسا کہ داد، ایگزیمہ، خارش، پھوڑے وغیرہ۔ کوئی حادثہ، آپریشن یا چوٹ وغیرہ۔

۱۴۔ مریض کو چیچک کا ٹیکہ کتنی بار لگا۔

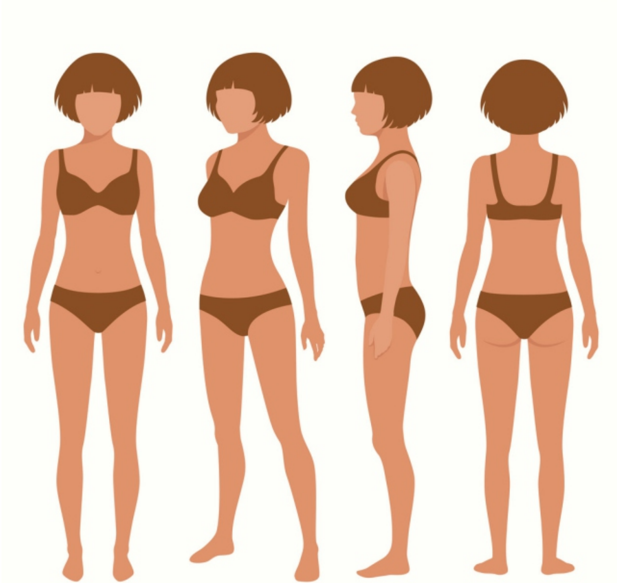
۱۵۔ فیملی ہسٹری: کوئی بیماری جو کہ خاندان میں موجود ہو جیسا کہ جلدی کی بیماری، ٹی بی، پھیپھڑوں میں پانی پڑ جانا، کینسر وغیرہ۔

۱۶۔ کیا مریض کو زندگی میں جنسی غیر ہم آہنگی ہوتی ہے(Sexual Desire)۔

۱۷۔ مریض کے مزاج کے متعلق معلوم کریں۔ کہ آیا نرم مزاج ہے، شریف ہے، رونے والا ہے۔ اعصابی پریشانی، غمگین یا چڑچڑا ہے۔

۱۸۔ کیا مریض میل جول پسند کرتا ہے یا اکیلا رہنا۔

۱۹۔ کوئی اور بات جو مریض بتانا چاہے۔



۲۰۔ صرف خواتین مریضاؤں کے لیے۔

مریضہ کو حیض باقاعدگی سے آتا ہے۔

کیا اس کو حیض ۲۸ یا ۳۰ دن بعد آتا ہے۔

حیض سے قبل، دوران یا بعد میں کوئی درد۔

کیا حیض معمول کے مطابق ہوتا ہے، یا بہت زیادہ خون کا اخراج ہوتا ہے۔

درد کتنے دن رہتا ہے

کوئی اسقاط وغیرہ۔

کیا مریضہ کو احساس ہوتا ہے کہ جب وہ پاخانہ کے لیے بیٹھے یا وزن اٹھائے تو اس کے اندرونی اعضاء باہر آجائیں گے۔

فارم برائے رضامندی ہومیو پیتھک طریقہ علاج

میری عمر 18 سے زائد ہے میں نے اپنی مرضی سے ہومیو پیتھک طریقہ علاج کا انتخاب کیا ہے

میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ علاج طویل بھی ہوسکتا ہے اور شفا دینا اللہ تعالیٰ کے اختیار میں ہے کوئی بھی اس کی گارنٹی نہیں دے سکتا مجھے میرے مرض کی شدت کے بارے میں بتادیا گیا ہے اور متبادل طریقہ ہائے علاج کے بارے میں بھی آگاہ کردیا گیا ہے۔ اس کے علاوہ مرض اور علاج کے متوقع نتائج کے بارے میں بھی تفصیل سے وضاحت کردی گئی ہے۔ مجھے علاج پر خرچ ہونے والی رقم کے بارے میں بھی بتادیا گیا ہے

نام مریض------------------------ ولدیت------------------------ تاریخ------------------------

پتہ:--

فون گھر:------------------ موبائل:------------------ شناختی کارڈ نمبر:------------------

پرائمری ہیلتھ کیئر پرووائڈر--

دستخط اور نشان انگوٹھا مریض/سرپرست

تصدیق کی جاتی ہے کہ میں نے مندرجہ بالا تحریری تفصیل مریض کو آسان زبان میں سمجھادی ہے

دستخط بمع مہر ہومیو پیتھک ڈاکٹر