# বওেয়ারশি চকিৎিসা ও পুনর্বাসন কন্দ্র

Bewarish Treatment & Rehabilitation Centre

## ভর্তি ফিরম / Admission Form

### রোগীর তথ্য / Patient Information

ভর্তরি তারখি * / Admission Date *

নবিন্ধন নম্বর / Registration Number

পূর্ণ নাম (বাংলা, জানা থাকলে) / Full Name (Bangla, if known)

পূর্ণ নাম (ইংরজে, জানা থাকলে) / Full Name (English, if known)

বয়স / Age

লঙ্গি * / Gender *

☐ পুরুষ / Male ☐ নারী / Female ☐ অন্যান্য / Other

ধর্ম / Religion

জাতীয়তা / Nationality

শনাক্তকরণ চহ্নি / Identification Mark

স্থায়ী ঠকিানা (জানা থাকলে) / Permanent Address (if available)

### অবস্থা ও চকিৎিসা / Condition & Treatment

উদ্ধাররে স্থান * / Rescue Location *

প্রয়োজনীয় চকিৎিসার ববিরণ * / Required Treatment Details *

রোগীর ছবি সংযুক্ত করুন * / Attach Patient Photo *

# উদ্ধারকারী ও যোগাযোগ / Rescuer & Contact

## উদ্ধারকারীর তথ্য / Rescuer Information

উদ্ধারকারী ব্যক্তি/সংস্থা * / Rescuer Person or Organisation *

মোবাইল নম্বর * / Mobile Number *

উদ্ধারকারীর ঠিকানা * / Rescuer Address *

ইমেইল (ঐচ্ছিক) / Email (optional)

## হস্তান্তরের তথ্য / Handover Information

হস্তান্তরকারী (ভিন্ন হলে) / Handover contact (if different)

মোবাইল (ভিন্ন হলে) / Mobile (if different)

## পুলিশ সাধারণ ডায়েরি (জিডি) / Police General Diary (GD)

জরুরি ভর্তি বিলম্বিত না করে জিডির তথ্য পরে যোগ করা যাবে। / GD details may be added later without delaying emergency admission.

জিডি নম্বর / GD Number

জিডির তারিখ / GD Date

থানার নাম / Police Station

জিডি সম্পর্কিত নোট / GD Notes

জিডির ছবি বা পিডিএফ কপি সংযুক্ত করুন / Attach photo or PDF copy of GD

## অতিরিক্ত নথি / Additional Documents

ছবি, রিপোর্ট, পরিচয়পত্র বা অন্যান্য সহায়ক নথির তালিকা / List photos, reports, IDs or supporting documents

# ঘোষণা ও অফসি ব্যবহার / Declaration & Office Use

## ঘোষণা / Declaration

ঘোষণাকারীর পূর্ণ নাম * / Declarant Full Name *

আমি ঘোষণা করছি যে, আমার জানা মতে এই ফরমে দওেয়া তথ্য সত্য ও সম্পূর্ণ।

I declare that the information provided in this form is true and complete to the best of my knowledge.

স্বাক্ষর * / Signature *

তারখি * / Date *

## শুধুমাত্র অফসি ব্যবহাররে জন্য / For Office Use Only

গ্রহণরে তারখি / Received Date

ভর্তি নম্বর / Admission Number

গ্রহণকারী কর্মকর্তার নাম / Receiving Officer

প্রাথমকি অবস্থা / Initial Status

পর্যালোচনা নোট / Review Notes

অনুমোদনকারী / Approved By

অনুমোদনরে তারখি / Approval Date

## জমা দওেয়ার নর্দিশেনা / Submission Instructions

১. প্রয়োজনীয় ঘর পূরণ করুন। / Complete the required fields.

২. রোগীর ছবি ও প্রাসঙ্গকি নথি সংযুক্ত করুন। / Attach the patient photo and relevant documents.

৩. পূরণ করা ফরম বওেয়ারশি অফসিে সরাসরি জমা দনি। / Submit the completed form directly to the Bewarish office.

৪. জরুরি সহায়তার জন্য ওয়বেসাইট বা অফসিরে যোগাযোগ নম্বর ব্যবহার করুন। / For urgent support, use the website or office contact number.