



মাদকাদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর কর্তৃক অনুমোদিত

এ.এম.সি...

পরিবর্তনে অঙ্গীকারবদ্ধ

মাদকাসক্তি নিরাময় কেন্দ্র

অঙ্গীকারনামা

ঠিকানা: বাড়ি-৭৭ (হেম ভলা, রোড-১৯,
সেক্টর-১১, উত্তরা মডেল টাউন, ঢাকা-১২৩০
হেল্পলাইন: ০১৭১২-৭৬৯৫০০, ০১৭৩৪-৯০৪২৭৫
E-mail: amcrehabcentre@gmail.com

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করিতেছি যে, আমি

পিতা..... সাং/বাসা নং

ডাকঘর..... থানা..... জেলা.....

মোবা:..... তাং ----- আমার ছেলে/স্বামী/ ভাই

..... নাম, বয়স....., পেশা.....

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... বৈবাহিক অবস্থা..... বর্তমান/স্থায়ী

ঠিকানা বাসা/ সাং

কে অদ্য,মুন্ডে ৪/৬ মাস মেয়াদে আমি আমার রোগী/ ক্লায়েন্টকে অত্র প্রতিষ্ঠানে

জেনে-বুঝে স্বইচ্ছায় ভর্তি করিতেছি। অত্র প্রতিষ্ঠানের মাসিক চার্জ/টাকা সর্বমোট.

..... আমি বহন করিব। আমার রোগী যদি শারীরিক অসুস্থতা জনিত কারণে মৃত্যু বরণ

করে তাহলে অত্র প্রতিষ্ঠান কর্তৃপক্ষ কোন ভাবে দায়ী থাকিবে না। সে মর্মে স্বজ্ঞানে স্বাক্ষর করিলাম।

অভিভাবকের স্বাক্ষর.....

কর্তৃপক্ষের সীল/ স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর.....

রোগী/ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর.....

মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর কর্তৃক অনুমোদিত

এ.এম.সি...

পরিবর্তনে অঙ্গীকারবদ্ধ

ঠিকানা: বাড়ি-৭৭ (৫ম তলা, রোড-১৯,
সেক্টর-১১, উত্তরা মডেল টাউন, ঢাকা-১২৩০
হেল্পলাইন: ০১৭১২-৭৬৯৫০০, ০১৭৩৪-৯০৪২৭৫
E-mail: amcrehabcentre@gmail.com



মাদকাসক্তি নিরাময় কেন্দ্র

রোগী/ ক্লায়েন্টের ছবি

রেজিস্ট্রেশন নম্বর

অভিভাবকের ছবি

ভর্তি ফরম

রোগীর নাম:.....

পিতার নাম:.....

মাতার নাম:.....

বয়স:..... পেশা:..... এন.আইডি/জন্ম সনদ নং:.....

শিক্ষাগত যোগ্যতা বিবাহিত/অবিবাহিত.....

অভিভাবকের নাম:..... এন.আইডি/ জন্ম সনদ নং.....

রোগী/ক্লায়েন্টের সাথে সম্পর্ক:.....

পিতা/মাতা/স্ত্রী/ভাই:.....

অভিভাবকের মোবাইল নম্বর:...../.....

বর্তমান ঠিকানা: সাং/বাসা:..... ডাকঘর.....

থানা:..... জেলা:.....

স্থায়ী ঠিকানা: সাং/বাসা:..... ডাকঘর.....

থানা:..... জেলা:.....

চিকিৎসার মেয়াদকাল:..... মাসিক চিকিৎসা চার্জ..... মোট:.....

আমার রোগী যদি শারীরিক অসুস্থতা জনিত কারণে মৃত্যুবরণ করে তাহলে কোনভাবে কর্তৃপক্ষ দায়ী থাকিবে না।

অভিভাবকের স্বাক্ষর.....

কর্তৃপক্ষের সীল/ স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর.....

রোগী/ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর.....

ভর্তি সংক্রান্ত তথ্য

- ০১। এ, এম, সি মাদকাসক্তি নিরাময় কেন্দ্রে চিকিৎসার মেয়াদকাল কমপক্ষে ৪/৬ মাস পর্যন্ত। বিভিন্ন গবেষনার ফলাফল ও অভিজ্ঞতার আলোকে দেখা যায় যে, স্বল্প মেয়াদী চিকিৎসায় রিল্যাপ্স বা পুনঃ আসক্তির সংখ্যা অনেক বেশি ঘটে থাকে। বিধায় বাংলাদেশের আর্থ সামাজিক প্রেক্ষাপটের কথা বিবেচনা করে উপরোক্ত চিকিৎসার মেয়াদ নির্ধারণ করা হয়েছে।
- ০২। যে কোন ধর্ম, বর্ণ বা গোত্রের সকল ধরনের মাদক নির্ভরশীল পুরুষ এই কেন্দ্রে ভর্তি হতে পারে। তবে ভর্তি ইচ্ছুক ব্যক্তি ও তার পরিবারের সদস্যদের সেন্টারের নিয়ম কানুন মেনে চলা ও মেয়াদকাল উত্তীর্ণ না হওয়া পর্যন্ত ব্যক্তিকে সেন্টারে রাখার সম্মতি থাকতে হবে।
- ০৩। ক্লাইন্ট/রোগীর সাথে এক (১) মাসের পূর্বে সাক্ষাত, ফোনে কথা বলা বা অনুরোধ করা যাবে না।
- ০৪। ক্লাইন্ট/রোগীর সাথে দেখা করার সময় ফোনে অন্য কারও সাথে কথা বলানো যাবে না।
- ০৫। ক্লাইন্ট/রোগীর সাথে দেখা করার সময় বাহ্যিক বিষয় নিয়ে কথা বলা বা আলোচনা করা যাবে না।
- ০৬। কাউন্সিলর বা মনোচিকিৎসক এবং পরিচালক এর নিকট ক্লাইন্ট/রোগীর কোন বিষয় গোপন করা যাবে না।
- ০৭। ক্লাইন্ট/রোগীর চিকিৎসা ব্যয়ভারের সম্পূর্ণ টাকার ৫০% অভিভাবককের ভর্তির সময় পরিশোধ করতে হবে এবং ক্লাইন্ট/রোগীর সাথে কোন রকম টাকা পয়সার হিসাব নিয়ে কথা বলা যাবে না এবং কোন ধরনের ব্যাংক চেক বা অন্য কোন কিছুতে স্বাক্ষর নেওয়া যাবে না।
- ০৮। শুক্রবার সকাল ০৯ঃ৩০ মিঃ হইতে দুপুর ০১ঃ০০ টা পর্যন্ত এবং বিকাল ০৩ঃ৩০ মিঃ হইতে বিকাল ৫ঃ০০ পর্যন্ত সাক্ষাতের সময়। এছাড়া অন্য কোন সময় ক্লাইন্ট/রোগীর সাথে দেখা করা যাবে না।
- ০৯। ক্লাইন্ট/রোগীর জন্য প্রতিষ্ঠানের অনুমতি ছাড়া বাহিরের কোন খাবার আনা বা খাওয়ানোর জন্য অনুরোধ করা যাবে না।
- ১০। ক্লাইন্ট/রোগীর অভিভাবক বৃন্দদের অবশ্যই ক্লাইন্ট/রোগী সু'চিকিৎসার স্বার্থে পারিবারিক কাউন্সিলিং ও পারিবারিক মিটিং এ অংশ গ্রহণ করতে হইবে।
- ১১। ক্লাইন্ট/রোগীকে কোন অবস্থাতেই পূর্ণ চিকিৎসার আগে বাসায় নেওয়া যাবে না। যদি কোন কারণে বাসায় নিয়ে যেতে হয় তাহলে চিকিৎসার মেয়াদের সম্পূর্ণ টাকা পরিশোধ করিতে হইবে।
- ১২। ক্লাইন্ট/রোগীর অভিভাবক বৃন্দদের অবশ্যই প্রতিষ্ঠানের নিয়ম শৃঙ্খলার প্রতি শ্রদ্ধাশীল থাকতে হইবে।

