

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ

ದಿನಾಂಕ-----

ನಾನು, ----- ವಯಸ್ಸು/ಲಿಂಗ ----- ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ. _

----- s/o, d/o, w/o -----

ನಾನು ----- ಎಂದು ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ----- ನಿವಾಸಿ ತಿಳಿದಿದ್ದಾರೆ ಮತ್ತು ಈ ಕೆಳಗಿನ

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ -----

ಸ್ವಾಂಡರ್ಡ್ ಆಪರೇಟಿಂಗ್ ಪ್ರೊಸೀಜರ್, ಪ್ರಯೋಜನಗಳು, ಸೀಕ್ವೆಲೆ, ಉದ್ದೇಶಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ
ವಿಧಾನದ ತೊಡಕುಗಳ ಅಪಾಯ, ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಂಭಾವ್ಯ ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮತ್ತು ಏನನ್ನೂ
ಮಾಡದಿರುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವೆಲ್ಲವನ್ನೂ ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ

Dr._____ ನನಗೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ ಅದು ----- ಆಗಿದೆ.

ನನಗೆ ಒದಗಿಸಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು

ವಿವರಣೆಗಳೊಂದಿಗೆ ತೃಪ್ತನಾಗಿದ್ದೇನೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಓದಲು ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ನನಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯವನ್ನು

ನೀಡಲಾಯಿತು ಮತ್ತು ನಾನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಲು ತಿಳುವಳಿಕೆಯುಳ್ಳ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು

ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. -----

ನನ್ನ ಅಂತಿಮ ಫಲಿತಾಂಶದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ಖಾತರಿಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವೈದ್ಯರು ನನಗೆ
ಒದಗಿಸಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/ಪಾಲಕರು * ದಿನಾಂಕ, ಸಮಯ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ (ಸೂಚಿಸಿರುವಲ್ಲಿ)

ರೋಗಿಗೆ ಸಂಬಂಧ: ದಿನಾಂಕ, ಸಮಯ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ * ಒಬ್ಬ ಸಮರ್ಥ ವಯಸ್ಕನು ಯಾವುದೇ

ಸಾಕ್ಷಿಗಳಿಲ್ಲದೆ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೆ ಲಿಖಿತವಾಗಿ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಬಹುದು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ರೋಗಿಯು

ಬಯಸಿದರೆ ಅವನು ತನ್ನ ಪರವಾಗಿ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಬಾಡಿಗೆ ತಾಯಿಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ

ಮಾಡಬಹುದು, ಅದನ್ನು ದಾಖಲಿಸಬೇಕು, ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕು ಮತ್ತು ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಬೇಕು.

ಭಾಯಾಗ್ರಹಣ ಮತ್ತು ವೀಡಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ

ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನನ್ನ ಅಥವಾ ನನ್ನ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳ

ದಾ _____

ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಸರ್ಜರಿಯ ವಿಧಾನಗಳು, ಫಲಿತಾಂಶಗಳು, ಸಮಸ್ಯೆಗಳು, ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು, ಕಾಳಜಿಗಳು ಮತ್ತು ಅಂತಹುದೇ ವಿಷಯಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗೆ (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ) ಅಥವಾ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅಂತಹ ಭಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು ಅಥವಾ ವೀಡಿಯೋ ರೆಕಾರ್ಡಿಂಗ್‌ಗಳು ಅಥವಾ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಮುದ್ರಣ, ದೃಶ್ಯ ಅಥವಾ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿಯತಕಾಲಿಕಗಳು ಮತ್ತು ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕಗಳು, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪ್ರಸ್ತುತಿಗಳು ಮತ್ತು ಬೋಧನಾ ಕೋರ್ಸ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಅಂತರ್ಜಾಲ ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಯಾವುದೇ ಪ್ರಕಟಣೆಯಲ್ಲಿ ನನ್ನನ್ನು ಹೆಸರಿನಿಂದ ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು ನನ್ನ ಗುರುತನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳನ್ನು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮುಖದ ಫೋಟೋ) ಚಿತ್ರಿಸಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

ಬಿ. ಭಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು, ವೀಡಿಯೋ ರೆಕಾರ್ಡಿಂಗ್‌ಗಳು ಮತ್ತು ಇತರ ಚಿತ್ರಗಳ ಪ್ರಕಟಣೆಗೆ ನಾನು ಒಪ್ಪುವುದಿಲ್ಲ. ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳ ಭಾಗವಾಗಿ ಮಾತ್ರ ನನ್ನ ಭಾಯಾಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲು ನಾನು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/ರಕ್ಷಕ * ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ

ಸಂಬಂಧಿಕರು/ಸಾಕ್ಷಿಗಳ ಸಹಿ

ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ