

శస్త్రి రచితో సకు అనుమత పత్రం

తేదీ -----

నేను _____ వయస్సు/లింగం _____ హౌస్ ఫిట్

రెజిస్టర్డ్ రెషన్ నంబర్ _____ s/o, d/o, w/o _____ చిరునామా

నాకు _____ అనే పరిస్థితికి చికిత్స జరుగుతోందని తెలుసు

మరియు నేను సవచ ఫందంగా కోరింది శస్త్రి రచితో సకు అనుమత ఇన్ తున్ నాను:

(తొలగించబోయే అన్ భాగాలను చీర చాలి)

ఈ శస్త్రి రచితో సకు డాక్టర్ _____ మరియు వారి బృందం __/__/20 న _____

అన్ థీషియా కోరింద నోర్ వహించనునారు.

ఈ శస్త్రి రచితో సకు సంబంధించిన పరమాణిక వధానం, లాభాలు, పరిణామాలు,

సంక్లిష్టతల పరమాదం, అందుబాటులో ఉన్న పరతయమాయ చికిత్సలు

మరియు ఏమీ చేయకపోతే వచి పరమాదం గురించి నాకు వీవరించబడింది. ఈ

సమాచారం అంతా డాక్టర్ _____ నా భాష అయిన _____ లో వీవరించి

చాప్ పినట్లు నేను పరకటస్ తున్ నాను. నాకు అందించిన సమాచారం అంతా నేను

అర్థం చేసుకున్నాను మరియు వీవరిణలతో సంతృప్తిగా ఉన్నాను.

ఈ సమాచారం చదవడానికి మరియు అర్థం చేసుకోవడానికి నాకు తగిన సమయం

ఇచ్చారు మరియు నేను శస్త్రి రచితో సకు చేయించుకోవాలని సమాచారం ఆధారంగా

నోర్ణయం తీసుకున్నాను:

చాకిరీలో ఉన్న చాకిరీదారులకు వసతి ఉన్నప్పుడు నా తుదా ఫలితంపై ఎటువంటి హామీ ఇవ్వలేదని
నాకు తెలుసు.

రూగ్/బంధువు సంతకం

తేదీ

సమయం మరియు స్థలం

సాక్షి సంతకం (అవసరమైతే)

రూగ్ తో సంబంధం

తేదీ

సమయం మరియు స్థలం

సాక్షుల అవసరం లేకుండా, ఒక సామర్థ్య వంతమైన పాదాదవయస్కుడు

రాత్రువారావకంగా శస్త్రచికిత్సకు అనుమతి ఇవ్వవచ్చు. అయితే, రూగ్ కారితే,
తన తరఫున నోర్ ణయాలు తీసుకునే వ్యక్తని ఎంచుకోవచ్చు. ఇది రాత్రువారావకంగా
నమోదు చేయబడాలి, సంతకం చేయబడాలి మరియు సాక్షుల ద్వారా
ధృవీకరించబడాలి.

రూగ్ మరియు బంధువు యొక్క సవయంగా ధృవీకరించిన ఫోటో ID ను జత చేయాలి.

ఫోటోగ్రఫీ మరియు వీడియో రికార్డింగ్కు అనుమతి

నేను డాక్టర్ _____ ద్వారా, పై పేర్కొన్న శస్త్రచికిత్సకు

సంబంధించి, నా లేదా నా శరీర భాగాల ఫోటోలు, వీడియోలు మరియు ఇతర

చీత్తరాలు తీసేందుకు అనుమతి ఇస్తాననాను. ఇవో నా వైద్య రికార్డుల భాగంగా ఉంటాయనీ నాకు తెలుసు.

A. ఈ ఫోటోలు, వీడియోలు లేదా చీత్తరాలు ముద్రీత, వీజువల్ లేదా

ఎలక్ట్రానిక్ మీడియా, వైద్య జర్నల్స్, పాఠ్యపుస్తకాలు, శాస్త్రీయ

పరదర్శనలు, బోధనా కార్యక్రమాలు మరియు ఇంటర్నెట్ వాబ్ సైట్లలో

ప్రచురించబడవచ్చు. ఇవో ప్లాస్టిక్ సర్జరీ పద్ధతులు, ఫలితాలు, సమస్యలు,

ధోరణులు, ఆందోళనలు మరియు సంబంధిత వీష్యులపై వైద్య వృత్తినీ లేదా

ప్రజలను అవగాహన కల్పించేందుకు ఉపయోగించబడతాయి. ప్రచురణలలో నా పేరు

పేర్కొనబడదు. కౌన్సిలర్లు ఫోటోలు (ఉదా: ముఖం) ద్వారా నా గుర్తింపు

తెలియవచ్చు అనీ నాకు తెలుసు.

లేదా

B. నేను ఫోటోలు, వీడియోలు మరియు ఇతర చీత్తరాలను ప్రచురించేందుకు అనుమతి

ఇవ్వడం లేదు. వీటినీ కేవలం నా వైద్య రికార్డులలో భాగంగా

ఉపయోగించేందుకు మాత్రమే అనుమతిస్తాననాను.

రంగీ/బంధువు సంతకం తేదీ మరియు స్థలం

బంధువు/సాక్షి సంతకం తేదీ మరియు స్థలం