

શસ્ત્રક્રિયા માટે સંમતિ

તારીખ: -

હું _____ ઉંમર/લિંગ _____ હોસ્પિટલ
નોંધણી નંબર. _____ S/o, d/o, w/o
_____ ના રહેવાસી

_____ મને ખબર છે કે મને એક એ માટે સારવાર આપવામાં આવી રહી છે જેનું
નિદાન _____ છે અને હું સ્વૈચ્છિક રીતે
મારી સંમતિ _____
શસ્ત્રક્રિયા કરવા માટે ડૉ. _____ અને ટીમ ને
_____ તારીખ કરવાની વિનંતિ કરું છું.

શસ્ત્રક્રિયા માટે જરૂરી એનેસ્થેસિયા ની પ્રક્રિયા, ફાયદા, પરિણામો, ઉભી થતી અનિચ્છનીય વિકટ પરિસ્થિતિ,
ઉપલબ્ધ શક્ય વૈકલ્પિક ઉપચાર અને કંઈપણ ન કરવાનું જોખમ સમજાવવામાં આવ્યું છે. હું જાહેર કરું છું કે
આ બધું મને ડૉ. _____ દ્વારા મારી પોતાની ભાષામાં
સમજાવવામાં આવ્યું છે

જે હું જાહેર કરું છું કે મેં મને પૂરી પાડવામાં આવેલી બધી માહિતી સમજી લીધી છે અને સ્પષ્ટતાઓથી સંતુષ્ટ
છું. મને બધી માહિતી વાંચવા અને સમજવા માટે પૂરતો સમય આપવામાં આવ્યો હતો અને મેં સર્જરી કરાવવાનો
નિર્ણય લીધો છે

હું સમજું છું કે મારા સારવાર કરતા ડૉક્ટર દ્વારા મારા અંતિમ પરિણામ વિશે કોઈ ગેરંટી આપવામાં આવી નથી.

દર્દી/વાલીની સહી:

સાક્ષીની સહી :

તારીખ: -

સમય અને સ્થળ: -

દર્દી સાથેનો સંબંધ: -

એક સક્ષમ પુખ્ત વ્યક્તિ કોઈપણ સાક્ષી વિના ઓપરેશન માટે લેખિતમાં સંમતિ આપી શકે છે. જો કે, દર્દી
ઈચ્છે છે કે તે તેના વતી નિર્ણય લેવા માટે સરોગેટ પસંદ કરી શકે છે, જે દસ્તાવેજીકૃત, સહી અને સાક્ષી દ્વારા
રજૂ થયેલ હોય.

દર્દી અને સંબંધીનું માન્ય સ્વ-પ્રમાણિત ફોટો **ID** જોડો

ફોટોગ્રાફી અને વિડીયોગ્રાફી માટે સંમતિ

- ૧) ઉપર વર્ણવેલ સર્જિકલ પ્રક્રિયાના સંદર્ભમાં હું મારા અથવા મારા શરીરના ભાગોના ડૉક્ટર દ્વારા ફોટોગ્રાફ્સ, વિડીયો રેકોર્ડિંગ્સ અને અન્ય છબીઓ લેવા માટે સંમતિ આપું છું અને હું સમજું છું કે આ મારા તબીબી રેકોર્ડનો ભાગ છે. હું સમજું છું કે આવા ફોટોગ્રાફ્સ અથવા વિડીયો રેકોર્ડિંગ્સ અથવા છબીઓ પ્રિન્ટ, વિઝ્યુઅલ અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક મીડિયા, તબીબી જર્નલ્સ અને પાઠ્યપુસ્તકો, વૈજ્ઞાનિક પ્રસ્તુતિઓ અને શિક્ષણ અભ્યાસક્રમો અને ઇન્ટરનેટ વેબસાઇટ્સમાં પ્રકાશિત થઈ શકે છે, જેથી તબીબી વ્યવસાય (તબીબી શિક્ષણ) અથવા સામાન્ય લોકોને પ્લાસ્ટિક સર્જરી પદ્ધતિઓ, પરિણામો, મુદ્દાઓ, વલણો, ચિંતાઓ અને સમાન બાબતો વિશે માહિતી આપી શકાય. કોઈપણ પ્રકાશનમાં મને નામ દ્વારા ઓળખવામાં આવશે નહીં. હું સમજું છું કે કેટલીક પરિસ્થિતિઓમાં ફોટોગ્રાફ્સ એવા લક્ષણો (દા.ત. ચહેરાનો ફોટો) દર્શાવી શકે છે જે મારી ઓળખ ઓળખી શકે છે.

અથવા

- ૨) હું ફોટોગ્રાફ્સ, વિડીયો રેકોર્ડિંગ્સ અને અન્ય છબીઓના પ્રકાશન માટે સંમતિ આપતો નથી. હું ફક્ત મારા તબીબી રેકોર્ડના ભાગ રૂપે મારા ફોટોગ્રાફ્સનો ઉપયોગ કરવાની મંજૂરી આપું છું.

દર્દી/વાલીની સહી:

સાક્ષીની સહી :

તારીખ: -

સમય અને સ્થળ: -

દર્દી સાથેનો સંબંધ: -