

ಆತ್ಮೀಯ

ವಯಸ್ಸು

ಲಿಂಗ

ವಿಳಾಸ

ನೀವು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಕಾಳಜಿಯೊಂದಿಗೆ ಡಾ. _____ ರವರ ಬಳಿ ಬಂದಿದ್ದೀರಿ.

ನಿಮ್ಮ ಉದ್ದೇಶಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಸೀಕ್ವೆಲೆ, ಸಂಭವನೀಯ ತೊಂದರೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣಿತ ವಿಧಾನವನ್ನು ನೀವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಓದುವುದು ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಈ ದಾಖಲೆಯಾಗಿದೆ. ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು (ಡಾಕ್ಯುಮೆಂಟ್) ಓದಿದ ನಂತರ ಯಾವುದೇ ಸ್ವಪ್ಪೀಕರಣವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಹಿಂಜರಿಯಬೇಡಿ. ಇದನ್ನು ಓದಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಪರವಾಗಿ ಇಡೀ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಲು ನೀವು ಬಯಸುವ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿ ಜೊತೆಗೆ ನೀವು ದಾಖಲೆಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳು, ನಿಮ್ಮ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ, ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಈ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಲು ನೀವು ನಮಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಬೇಕು.

1 ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ವಿವರಗಳು- ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.

ಈ ಸಮ್ಮತಿ ನಮೂನೆಯು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಬೇಕೆ ಅಥವಾ ಬೇಡವೇ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ತಿಳುವಳಿಕೆಯುಳ್ಳ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅಗತ್ಯವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ.

ನಾನು ಓದಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡ ಕೆಲವು ಮೂಲಭೂತ ಸೂಚನೆಗಳು

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ

- ಪ್ರತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ 4 ವಾರಗಳ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಟ್ಯಾನಿಂಗ್ ಬೆಡ್, ನೇರ ಸೂರ್ಯನ ಸಂಪರ್ಕ ಮತ್ತು ಸೂರ್ಯನ ಬೆಳಕಿನಿಂದ ರಕ್ಷಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ಟ್ಯಾನಿಂಗ್ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬೇಕು.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಪ್ರತಿದಿನ ಜಿಂಕ್ ಆಕ್ಸೈಡ್ ಅಥವಾ ಟೈಟಾನಿಯಂ ಡೈಆಕ್ಸೈಡ್ ಹೊಂದಿರುವ SPF 30 ರ ವಿಶಾಲ-ಸ್ಪೆಕ್ಟ್ರಮ್ ಸನ್‌ಸ್ಕ್ರೀನ್ ಬಳಸಬೇಕು.
- ಪ್ರತಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕನಿಷ್ಠ 72 ಗಂಟೆಗಳ ಮೊದಲು ಪೋಟೋಸೆನ್ಸಿಟಿವಿಟಿಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು (ಡಾಕ್ಸಿಸೈಕ್ಲಿನ್ ಮತ್ತು ಮಿನೊಸೈಕ್ಲಿನ್ ನಂತಹ) ತಪ್ಪಿಸಬೇಕು.
- ನೀವು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹರ್ಮಿಸ್ (ಬಾಯಿಯ ಶೀತ ಹುಣ್ಣುಗಳು, ಜನನಾಂಗ) ಅಥವಾ ಸರ್ಪಸುತ್ತಿನ ಇತಿಹಾಸವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ 2 ದಿನಗಳ ಮೊದಲು ನಿರ್ದೇಶಿಸಿದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಆಂಟಿವೈರಲ್ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು (ವ್ಯಾಲಾಸಿಕ್ಲೋವಿರ್, ಅಸಿಕ್ಲೋವಿರ್) ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ 3 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಮುಂದುವರಿಸಿ.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ 1 ವಾರ ಮೊದಲು ಗ್ಲೈಕೋಲಿಕ್ ಮತ್ತು ರೆಟಿನ್-ಎ-ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಉತ್ಪನ್ನಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ಆ ಜಾಗವು ಯಾವುದೇ ತೆರೆದ ಹುಣ್ಣುಗಳು, ಗಾಯಗಳು ಅಥವಾ ಚರ್ಮದ ಸೋಂಕುಗಳಿಂದ (ಉದಾ. ಸಕ್ರಿಯ ಮೊಡವೆಗಳು) ಮುಕ್ತವಾಗಿರಬೇಕು.

ಪೂರ್ವ-ಆಪರೇಷನ್ ಛಾಯಾಗ್ರಹಣ ಮತ್ತು ಗುರುತು ಹಾಕುವಿಕೆ- ನಾವು ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ದಸ್ತಾವೇಜೀಕರಣ, ಕಲಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನಾ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗಾಗಿ. ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. OT-ಪುರುಷ ಸಹಾಯಕರಲ್ಲಿ ಪುರುಷ/ಮಹಿಳಾ ಸಹಾಯಕರ ಉಪಸ್ಥಿತಿ ಇರುತ್ತದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ದಾಖಲೆಗಳ ಕುರಿತು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪತ್ರವನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ. ನೀವು ಅದನ್ನು ಸಂಬಂಧಿಕರೊಂದಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ವಿವರಗಳು --

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಸೋಪ್ ಮತ್ತು ನೀರಿನಿಂದ ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಯೋಜಿಸಲಾದ ಲೇಸರ್ ಪ್ರಕಾರವನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿ ಮರಗಟ್ಟುವಿಕೆ ಕ್ರೀಮ್ ಅನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕಾದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಕೂಲಿಂಗ್ ಜೆಲ್ ಅನ್ನು ಹಚ್ಚಲಾಗುವುದು. ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ ಕನ್ನಡಕವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಅಥವಾ ಕುರ್ಚಿಯ ಮೇಲೆ ನಿಮಗೆ ಆರಾಮದಾಯಕ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ಕಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿಡಿ ಮತ್ತು ಸೂಚನೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಕಣ್ಣುಗಳನ್ನು ತೆರೆಯಬೇಡಿ ಅಥವಾ ರಕ್ಷಣಾತ್ಮಕ ಕಣ್ಣಿನ ಗುರಾಣಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಡಿ. ನೀವು ನೋವು ಅಥವಾ ಶಾಖವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಮೌಖಿಕವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿ.

ನಿಮಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋಲ್ಡ್ ಪ್ಯಾಕ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೆ, ವಿನಂತಿಸಿದ ಅವಧಿಯವರೆಗೆ ಅರ್ಜಿ ಸಲ್ಲಿಸಿ.

ನೋವು ಅಥವಾ ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣ ಕಂಡುಬಂದರೆ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ.

ಪ್ರಸ್ತಾವಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ವಿವರಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆಗಳು

CO2 ಲೇಸರ್‌ಗೆ - ಡರ್ಮರೋಲರ್, ಡರ್ಮಪೆನ್, ಫಿಲ್ಲರ್‌ಗಳು, ಕೊಬ್ಬಿನ ಕಸಿಗಳು, ಮೈಕ್ರೋನೀಡಲ್ ರೇಡಿಯೋಫ್ರೀಕ್ವೆನ್ಸಿ ಸಂಭಾವ್ಯ ಆಯ್ಕೆಗಳಾಗಿರಬಹುದು.

ಕೂದಲು ತೆಗೆಯುವಿಕೆಗೆ--ವಿದ್ಯುದ್ವಿಭಜನೆ ಶಾಶ್ವತ ಆದರೆ ಬೇಸರದ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿದೆ. ಇತರ ಆಯ್ಕೆಗಳೆಂದರೆ ವ್ಯಾಕ್ಸಿಂಗ್, ಥ್ರೆಡಿಂಗ್ ಮತ್ತು ಶೇವಿಂಗ್.

ಗಾಯದ ಗುರುತುಗಳು, ನಾಳೀಯ ವಿರೂಪಗಳು ಮತ್ತು ಹಚ್ಚೆಗಳಿಗೆ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಸರ್ಜರಿ ಒಂದು ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿರಬಹುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ

- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ತಕ್ಷಣವೇ, ವರ್ಣದ್ರವ್ಯದ ಗಾಯಗಳು ಕಪ್ಪಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಗಾಯಗಳು ಕಪ್ಪಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ ಮತ್ತು ಒಂದರಿಂದ ಎರರಡು ವಾರಗಳವರೆಗೆ ಉದುರಿಹೋಗುತ್ತವೆ.
- ಚರ್ಮದ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಂಪು ಮತ್ತು ಊತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಸೌಮ್ಯದಿಂದ ಮಧ್ಯಮ ಬಿಸಿಲಿನ ಬೇಗೆಯ ಸಂವೇದನೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೆಲವು ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಹರಿಸುತ್ತದೆ ಆದರೆ 3 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.

- ಈ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಅಗತ್ಯವಿರುವಂತೆ ಪ್ರತಿ 1-2 ಗಂಟೆಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ 15 ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಸುತ್ತಿದ ಕೂಲ್ ಕಂಪ್ರೆಸ್ ಅಥವಾ ಸುತ್ತಿದ ಐಸ್ ಪ್ಯಾಕ್ ಅನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ಚರ್ಮದ ಕಿರಿಕಿರಿಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ನೀವು 3 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಅಖಂಡ ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಹೈಡ್ರೋಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ 1% ಓವರ್-ದಿ-ಕೌಂಟರ್ ಕ್ರೀಮ್ ಅನ್ನು ಸಹ ಹಚ್ಚಬಹುದು.
- ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ಮೈಲ್ಡ್ (ಸೌಮ್ಯವಾದ) ಸೋಪಿನಿಂದ ನಿಧಾನವಾಗಿ ತೊಳೆಯಿರಿ, ಚರ್ಮವನ್ನು ಬಲವಾಗಿ ಉಜ್ಜಬೇಡಿ ಮತ್ತು ಬಿಸಿ ನೀರನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಿ, ಏಕೆಂದರೆ ಚರ್ಮವು ಹಲವಾರು ದಿನಗಳವರೆಗೆ ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುತ್ತದೆ.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ 24 ಗಂಟೆಗಳ ಕಾಲ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಊತವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವವರೆಗೆ ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಿ.
- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಒಂದು ವಾರದವರೆಗೆ ಕಿರಿಕಿರಿಯನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಯಾವುದೇ ಸ್ಥಳೀಯ ಉತ್ಪನ್ನಗಳನ್ನು ಬಳಸಬಾರದು.
- ಗುಳ್ಳೆಗಳು, ಹೊರಪದರಗಳು ಅಥವಾ ಹುರುಪು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ, ತಕ್ಷಣ ನಮ್ಮ ಕಚೇರಿಗೆ ಕರೆ ಮಾಡಿ. ಚರ್ಮವು ವಾಸಿಯಾಗುವವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ ತೆಳುವಾದ ಪದರದ ಪ್ರತಿಜೀವಕ ಮುಲಾಮುವನ್ನು (ಬ್ಯಾಸಿಟ್ರಾಸಿನ್ ನಂತಹ) ಹಚ್ಚಿ. ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೂಪುಗೊಳ್ಳುವ ಹುರುಪುಗಳನ್ನು ಆರಿಸಬೇಡಿ ಅಥವಾ ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಡಿ, ಏಕೆಂದರೆ ಇದು ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಗಾಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

ರೋಗಿಯಿಂದ ತಿಳಿಸಲ್ಪಡುವ ಅಧಿಕೃತ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹಸ್ತಾಂತರಿಸಬೇಕಾದ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರಗಳು ಮತ್ತು ಪತ್ರಿಕೆಗಳು.-

_____ (ಸಂಬಂಧಿಕರ ಹೆಸರನ್ನು ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿ)

ರೋಗಿಯಿಂದ ಪಾವತಿಗೆ ಬದ್ಧತೆಯೊಂದಿಗೆ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಅಂದಾಜು.

ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಪಾಯಗಳು, ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ತೊಡಕುಗಳು ಸೇರಿವೆ, ಆದರೆ ಇವುಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿಲ್ಲ:

- ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ/ನೋವು, ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಕೆಂಪು ಮತ್ತು ಊತ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

- ಮೂಗೇಟುಗಳು, ಗುಳ್ಳೆಗಳು, ಸುಟ್ಟಗಾಯಗಳು, ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮತ್ತು ಸೋಂಕು ಸಹ ಸಂಭವಿಸಬಹುದು, ಆದರೆ ಅವು ಅಪರೂಪ.
- ಗಾಢವಾದ ಚರ್ಮದ ಪ್ರಕಾರಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ಹೈಪೋಪಿಗ್ಮೆಂಟೇಶನ್, ಹೈಪರ್ಪಿಗ್ಮೆಂಟೇಶನ್, ಗುಳ್ಳೆಗಳು, ಗುರುತುಗಳು ಮತ್ತು ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಳ್ಳುವ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಂತಹ ತೊಡಕುಗಳ ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೆ.
- ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಚರ್ಮದೊಳಗೆ ಗೋಚರ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಇದು ಸಂಭವಿಸುವುದನ್ನು ಊಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಆದರೆ ಶಾಶ್ವತವಾಗಿರಬಹುದು.
- ಎಲ್ಲಾ ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಲೇಸರ್ ಸುರಕ್ಷತಾ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಕಣ್ಣಿನ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಯಾವಾಗಲೂ ಬಳಸಲಾಗಿದ್ದರೂ, ಯಾವುದೇ ಲೇಸರ್ ಕಿರಣವು ಬಡಿದರೆ ಆಕಸ್ಮಿಕವಾಗಿ ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗಾಯವಾಗುವ ಅಪಾಯ ಬಹಳ ವಿರಳ.
- ಹರ್ಟಿಸ್ ಸಿಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್ (ಶೀತ ಹುಣ್ಣುಗಳು, ಜನನಾಂಗದ ಹರ್ಟಿಸ್) ಅಥವಾ ವೇರಿಸೆಲ್ಲಾ (ಶಿಂಗಲ್) ನಂತಹ ಪುನರಾವರ್ತಿತ ವೈರಲ್ ಸೋಂಕುಗಳನ್ನು ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಸಕ್ರಿಯಗೊಳಿಸಬಹುದು.
- ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಚ್ಚಿ ಮತ್ತು ಶಾಶ್ವತ ಮೇಕಪ್ ಅನ್ನು ಉದ್ದೇಶಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಬದಲಾಯಿಸಬಹುದು.

ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಅಗತ್ಯಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿಬಂಧನೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಈ ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯು ಅತ್ಯಗತ್ಯ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇತಿಹಾಸ/ಆರೋಗ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸಂಭವಿಸಿದಲ್ಲಿ, ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಬೇಗ ನಾನು ಅದನ್ನು ಕ್ಲಿನಿಕ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ವರದಿ ಮಾಡಬೇಕೆಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಮೇಲಿನ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಒಳಗೊಂಡಿರುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಎಲ್ಲಾ ಉತ್ತರಗಳನ್ನು ಸತ್ಯವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಇದನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಮಾಡಿದ ಯಾವುದೇ ದೋಷಗಳು ಅಥವಾ ಲೋಪಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಸದಸ್ಯರನ್ನು ಹೊಣೆಗಾರರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ ಎಂದು ನಾನು ಒಪ್ಪಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ವಿಮಾ ಯೋಜನೆಯಿಂದ ಭರಿಸುವುದು ಅಸಂಭವ ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಕೆಲವು ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆ ಇದ್ದರೂ ಸಹ, ಪೂರ್ಣ

ಪಾವತಿಗೆ ನಾನು ಜವಾಬ್ದಾರನಾಗಿರುತ್ತೇನೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಅಗತ್ಯವಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ತೊಡಕುಗಳು ಉಂಟಾದರೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ವೆಚ್ಚಗಳು ಸಂಭವಿಸಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ಮಾಡಲು ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಚಿತ್ರಗಳು ನನ್ನ ಗುರುತನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸದ ಹೊರತು ಅಂತಹ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳ ಬಳಕೆಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಈ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ನನಗೆ ತೃಪ್ತಿಯಾಗುವಷ್ಟು ಉತ್ತರಿಸಲಾಗಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನು ಈ ಮೂಲಕ ಡಾ. _____ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಅಂತಹ ಸಹಾಯಕರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಸಹಿಗಳು

ರೋಗಿ -

ರೋಗಿಯ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿ -

ವೈದ್ಯರು -

ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳ

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ

ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿ/ಸಾಕ್ಷಿಗಳ ಸಹಿ