

□

सर्जरी के लिए सहमति पत्र

दिनांक: _____

मैं, _____ आयु/लिंग: _____

अस्पताल पंजीकरण संख्या: _____

पिता/पुत्री/पत्नी का नाम: _____

निवासी: _____

यह जानता/जानती हूँ कि मेरा इलाज एक ऐसी स्थिति के लिए किया जा रहा है जिसका निदान किया गया है:

और मैं स्वेच्छा से निम्नलिखित शल्यक्रिया (सर्जिकल प्रक्रिया) के लिए सहमति देता/देती हूँ:

(इसमें वे सभी संरचनाएँ शामिल करें जिन्हें निकाला जाना है)

जो कि डॉ. _____ एवं उनकी टीम द्वारा //20__ को _____ एनेस्थीसिया के अंतर्गत की जाएगी।

मुझे प्रस्तावित शल्यक्रिया की मानक प्रक्रिया, इसके लाभ, संभावित परिणाम, संभावित जटिलताएं, उपलब्ध वैकल्पिक उपचार विधियाँ, और इलाज न कराने के जोखिमों के बारे में विस्तार से समझाया गया है।

मैं घोषित करता/करती हूँ कि डॉ. _____ द्वारा मुझे यह सब मेरी मातृभाषा _____ में समझाया गया है।

मैं यह भी घोषित करता/करती हूँ कि मैंने दी गई सभी जानकारी को समझ लिया है और मैं दी गई व्याख्याओं से संतुष्ट हूँ।

मुझे यह सब पढ़ने और समझने के लिए पर्याप्त समय दिया गया और मैंने सोच-समझकर, जानकारी के आधार पर यह निर्णय लिया है कि मैं यह सर्जरी करवाना चाहता/चाहती हूँ:

मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि मेरे इलाज करने वाले डॉक्टर ने मेरे अंतिम परिणाम को लेकर कोई गारंटी नहीं दी है।

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर:

दिनांक, समय और स्थान: _____ *

गवाह (जहाँ आवश्यक हो) के हस्ताक्षर:

रोगी से संबंध: _____

दिनांक, समय और स्थान: _____

एक सक्षम वयस्क व्यक्ति सर्जरी के लिए स्वयं लिखित सहमति दे सकता है, इसके लिए गवाह की आवश्यकता नहीं होती।

हालांकि यदि रोगी चाहे तो वह किसी प्रतिनिधि को अपनी ओर से निर्णय लेने के लिए नामित कर सकता है, जिसकी विधिवत दस्तावेजी पुष्टि, हस्ताक्षर और गवाही आवश्यक होगी।

रोगी और रिश्तेदार का स्वयं सत्यापित फोटो आईडी संलग्न करें।

□

फोटोग्राफी और वीडियोग्राफी के लिए सहमति

मैं डॉ. _____ को इस शल्यक्रिया से संबंधित मेरी या मेरे शरीर के अंगों की फोटोग्राफी, वीडियो रिकॉर्डिंग या अन्य चित्रण की अनुमति देता/देती हूँ। मुझे बताया गया है कि ये मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड का हिस्सा होंगे।

A. मैं समझता/समझती हूँ कि ये फोटोग्राफ्स, वीडियो या चित्रण प्रिंट, दृश्य, या इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, चिकित्सा जर्नल्स व पाठ्यपुस्तकों, वैज्ञानिक प्रस्तुतियों, शैक्षिक पाठ्यक्रमों और इंटरनेट वेबसाइटों पर प्रकाशित हो सकते हैं ताकि चिकित्सा समुदाय या आम जनता को प्लास्टिक सर्जरी की विधियों, परिणामों, जटिलताओं, रुझानों आदि की जानकारी दी जा सके।

मेरी पहचान इन चित्रों में मेरे नाम से उजागर नहीं की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि कुछ मामलों में (जैसे चेहरे की तस्वीरें) मेरी पहचान संभव हो सकती है।

या

B. मैं इन फोटोग्राफ्स, वीडियो रिकॉर्डिंग्स या चित्रों के प्रकाशन के लिए सहमति नहीं देता/देती हूँ।

मैं केवल इन्हें मेरे चिकित्सा रिकॉर्ड के हिस्से के रूप में उपयोग करने की अनुमति देता/देती हूँ।

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर:

दिनांक व स्थान: _____ *

रिश्तेदार / गवाह के हस्ताक्षर:

दिनांक व स्थान: _____