

Hindi translation of the complete surgical consent form, including photography and videography consent:

□

सर्जरी हेतु सहमति

दिनांक: _____

मैं, _____ उम्र/लिंग _____

अस्पताल पंजीकरण संख्या: _____

(पिता/पति/माता) का नाम: _____

पता: _____

यह जानता/जानती हूँ कि मेरी बीमारी को _____ के रूप में पहचाना गया है,

और मैं स्वेच्छा से निम्नलिखित सर्जिकल प्रक्रिया के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ:

□

(उन सभी अंगों का उल्लेख करें जिन्हें हटाया जाएगा)

यह सर्जरी डॉ. _____ एवं उनकी टीम द्वारा //20__ को _____ अनेस्थीसिया के अंतर्गत की जाएगी।

मुझे प्रस्तावित सर्जिकल प्रक्रिया की मानक प्रक्रिया, लाभ, संभावित परिणाम, संभावित जटिलताएं, उपलब्ध वैकल्पिक उपचार और यदि कोई उपचार न किया जाए तो उससे जुड़े जोखिमों के बारे में बताया गया है।

मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि यह सभी जानकारी मुझे डॉ. _____ द्वारा मेरी भाषा _____ में समझाई गई है।

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

मुझे इस जानकारी को पढ़ने और समझने के लिए पर्याप्त समय दिया गया और मैंने सोच-समझकर सर्जरी कराने का निर्णय लिया है।

मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि इस सर्जरी के अंतिम परिणाम को लेकर कोई गारंटी नहीं दी गई है।

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक, समय और स्थान: _____

गवाह के हस्ताक्षर (यदि आवश्यक हो): _____

रोगी से संबंध: _____

दिनांक, समय और स्थान: _____

□

टिप्पणी:

एक सक्षम वयस्क बिना गवाह के लिखित रूप में ऑपरेशन की सहमति दे सकता है। हालांकि, यदि रोगी चाहे तो अपने लिए निर्णय लेने हेतु किसी प्रतिनिधि को चुन सकता है, जिसे दस्तावेज़ में दर्ज करना, हस्ताक्षर करना और प्रमाणित करना आवश्यक होगा।

रोगी और रिश्तेदार का स्वयं प्रमाणित वैध फोटो आईडी संलग्न करें।

□

फोटोग्राफी एवं वीडियोग्राफी के लिए सहमति पत्र

मैं सहमति देता/देती हूँ कि डॉ. _____ मेरी या मेरे शरीर के अंगों की फोटोग्राफी, वीडियो रिकॉर्डिंग या अन्य इमेज इस सर्जरी से संबंधित प्रक्रिया के दौरान कर सकते हैं, और मुझे ज्ञात है कि यह मेरी चिकित्सा फाइल का हिस्सा होगा।

(कृपया उपयुक्त विकल्प चुनें):

मैं सहमति देता/देती हूँ कि:

इन फोटोज/वीडियो/चित्रों का उपयोग मेडिकल जर्नल्स, पाठ्यपुस्तकों, वैज्ञानिक प्रस्तुतियों, शैक्षणिक कोर्सेज, प्रिंट/विजुअल/इलेक्ट्रॉनिक मीडिया या इंटरनेट वेबसाइटों पर प्लास्टिक सर्जरी से संबंधित जानकारी, पद्धतियां, परिणाम, समस्याएं, जागरूकता आदि के लिए किया जा सकता है।

मुझे नाम से पहचाना नहीं जाएगा, हालांकि कुछ चित्रों (जैसे चेहरे की फोटो) से पहचान संभव हो सकती है।

मैं सहमति नहीं देता/देती हूँ कि:

मेरी फोटोज/वीडियो/चित्रों को किसी भी प्रकाशन में इस्तेमाल किया जाए। मैं केवल इतना अधिकृत करता/करती हूँ कि इन्हें मेरी मेडिकल फाइल का हिस्सा बनाया जाए।

रोगी/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____

दिनांक और स्थान: _____

गवाह/परिजन के हस्ताक्षर: _____

दिनांक और स्थान: _____

□