

ಬಯೋಪ್ಸಿ (Biopsy) ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. ವಯಸ್ಸು : / ಲಿಂಗ :

ದೂರವಾಣಿ : ಮನೆ : ಮೊಬೈಲ್ :

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ :

ಈ ಮೂಲಕ ನನ್ನ ಖಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಡಾ. ಅವರಿಗೆ
..... ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ನನಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅರವಳಿಕೆ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುತ್ತದೆ ಅಲ್ಲದೇ ನಾಲ್ಕು ಮಿಲಿ ಮೀಟರ್ ಚರ್ಮವನ್ನು ತೆಗೆದು ಅದನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದ (Light Microscope) ಮೂಲಕ ವೀಕ್ಷಿಸಿ, ಅಧ್ಯಯನಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ನಾನು ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಓದಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ. ಈ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ನಾನು ಯಾರದೇ ಒತ್ತಡಕ್ಕಾಗಲಿ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ಮಾದಕ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗದೇ ಈ ಕೆಳಗೆ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯೊಂದಿಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತೆಗೆಯುವ ಛಾಯಾಚಿತ್ರಗಳು ಕೇವಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅನುಕೂಲಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಹೊರತು ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಲ ಎಂಬುದಾಗಿ ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ /-

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-