

ಕ್ರೈಯೊಥೆರಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. ಆದ ನನಗೆ ಡಾ.

..... ಅವರು ಕ್ರೈಯೊಥೆರಪಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಉದ್ದೇಶ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನೀಡಬೇಕಾಗುವ local anesthesia/anxiolytic/NSAIDಗಳ ಸಾಧಕ - ಬಾಧಕಗಳ ಕುರಿತು ಸವಿವರವಾಗಿ ತಿಳಿಸಿದ ನಂತರ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡಿದ್ದೇನೆ. ಜೊತೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನ, ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು, ಅದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಾದ ನೀರಿನ ಗುಳ್ಳೆಗಳು, ಬಣ್ಣ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯರು ನನಗೆ ತಿಳಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ನಂತರ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆಯಲು ಸುಮಾರು ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಭಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ಮನಗಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದ ಮಿತಿಗಳನ್ನು ಮತ್ತು ಅಂತಿಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ನಾನು ವೈಯುಕ್ತಿಕ ಸಮಾಲೋಚನೆ ಹಾಗೂ ಕೈಪಿಡಿಗಳ ಮೂಲಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆದಿರುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ/-

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/-

ಸಾಕ್ಷಿಗಳ ಸಹಿ/-

೧.

೨.