

Pigmented Lesionsಗೆ ಬಳಸುವ ಲೇಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. ವಯಸ್ಸು : / ಲಿಂಗ :

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ :

ಖಾಯಂ ವಿಳಾಸ :

ದೂರವಾಣಿ : ಮನೆ : ಮೊಬೈಲ್ :

ಪೋಷಕರು/ಗಳೆರ : ದೂರವಾಣಿ : ಇಮೇಲ್ :

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಳಸುವ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಯಂತ್ರ :

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಸೂಚಿಸಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿರುವ ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು.

.... ಆದ ನಾನು ನನ್ನ ಮಾತೃಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ಹಾಗೂ ಅದರಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಅಪಾಯಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಈ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವು ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಯಶಸ್ಸು ತರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.

ಪೂರ್ಣ ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕೆ ನನಗೆ ಅನೇಕ ಭಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಳಿಕ ನಿರ್ವಹಣೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಅಗತ್ಯವಿರುತ್ತದೆ.

ಲೇಜರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಡಾ. ಅವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಎದುರಾಗುವ ತುರ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆ ಕೇಳದೆಯೇ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹಾಗೂ ಅಧಿಕಾರವನ್ನು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಗಳು ಹಾಗೂ ಆ ನಂತರದ ತೊಂದರೆಗಳ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದಾಗಿಯೂ ನನ್ನ ಜಾಗೃತ ಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ನಾನು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಇಚ್ಛೆಪಟ್ಟು ಲಿಖಿತ ರೂಪದ ಅನುಮತಿ ಪತ್ರದಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಓದಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗುರುತು, ಸಹಿ/-

ಪೋಷಕರು / ಗಾರ್ಡಿಯನ್ಸ್ (ಕಿರಿಯರಿಗೆ) ಸಹಿ/-

ದಿನಾಂಕ :

ಪೋಷಕರನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದ ಸಾಕ್ಷಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ :

ಹೆಸರು

ರೋಗಿಯೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ :

ಸಾಕ್ಷಿಗಳು :

1. ಹೆಸರು ಸಹಿ/- ದಿನಾಂಕ :

.....

2. ಹೆಸರು ಸಹಿ/- ದಿನಾಂಕ :

.....