

Radiofrequency ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ/ಕು. ವಯಸ್ಸು : / ಲಿಂಗ

ಸಂಪರ್ಕ ವಿಳಾಸ :

..... ನಾನು

ಡಾ. ರವರು ರೇಡಿಯೋ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕುರಿತು ನೀಡಿದ ವಿವರಣೆ, ಸಲಹೆ ಹಾಗೂ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮಟ್ಟಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದಿನ ಅರವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು. ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಅರವಳಿಕೆ ನೀಡಲು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಸ್ವತಂತ್ರ ಅನುಮತಿ ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ನನ್ನ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪರ್ಯಾಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳಿಂದ ದೊರೆಯುವ ಫಲಿತಾಂಶ ಅಥವಾ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಒಂದು ವೇಳೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳದೇ ಹೋದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಗಳ ಕುರಿತು ವೈದ್ಯರು ಈಗಾಗಲೇ ಸಲಹೆ, ಸೂಚನೆ ಹಾಗೂ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದ ಭಾಗವು ಕ್ರಮೇಣ ಕಂದು ಅಥವಾ ಕಪ್ಪು ಬಳ್ಳಕ್ಕೆ ಬದಲಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಕೆಲವೊಂದು ಕಲೆ ಮಾಸುವ ಕ್ರೀಮ್‌ಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ವೇಳೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಆಕಸ್ಮಿಕವಾಗಿ ಊಹೆಗೆ ಮೀರಿದಂತಹ ತೊಂದರೆಗಳು ಎದುರಾದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು / ಸಹಾಯಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು / ಅರವಳಿಕೆ ತಜ್ಞರು ಸಕಾಲಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ನನ್ನ ಅನುಮತಿಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ. ಅಲ್ಲದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಕ್ಲಿನಿಕ್ / ಆಸ್ಪತ್ರೆ ನೀತಿಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಉಳಿದ ಅಂಗಾಂಶವನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿಲೇವಾರಿ ಮಾಡಲು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಸೂಚಿಸಿರುತ್ತೇನೆ.

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 /-