



**MADHAVI  
NETRALAYA**

# अनुमति पत्र

Patient ID..... 5

मैं..... मनोरमा सिंह (पिता/पति का नाम..... Dr. Kanhaiya Singh) का

निवास स्थान..... नर/मो/ कल/ उम्र..... वर्ष निम्नलिखित बातों पर अपनी

सहमति देता/देती हूँ।

- (1) मुझे ऑपरेशन की विधि, उसके दौरान प्रयोग होने वाली बेहोशी की दवा और ऑपरेशन के दौरान एवं उसके बाद हो सकने वाले खतरे की सम्पूर्ण एवं संतोषदायक जानकारी मेरी भाषा में दी गई है।
- (2) मेरे द्वारा पूछे गए सभी सवालों का संतोषजनक जवाब मुझे दिया गया है।
- (3) मैंने पिछले पन्ने पर लिखे गये सारे बिन्दुओं को पढ़ लिया है एवं लिखित सारी बातों को समझते हुए अपने तरफ से सारी सही जानकारी डाक्टर को मुहैया कराई है और यह समझता / समझती हूँ कि मेरे द्वारा समुचित जानकारी नहीं दिए जाने पर ऑपरेशन के दौरान या उसके बाद समस्या आ सकती है।

उपर लिखे सारी बातों से सहमत होते हुए मैं डा० कन्हैया सिंह से ऑपरेशन करवाने के लिए आश्वस्त एवं इच्छुक हूँ। मैं अपने दाएँ/बाएँ आँख का..... ऑपरेशन करने की कानूनी अनुमति देता / देती हूँ साथ ही डाक्टर को ऑपरेशन के दौरान किसी भी आकस्मिक परिस्थिति के उत्पन्न होने पर ऑपरेशन की पद्धति बदलने या स्थगित करने या उच्च संस्थान में रेफर करने का अधिकार भी देता/देती हूँ।

ऑपरेशन के दौरान या उसके बाद अगर कोई अनहोनी घटना होती है तो उसके लिए डाक्टर या उनका कोई भी सहयोगी कानूनी तौर पर जिम्मेवार नहीं होगा।

( अगर अनुमति पत्र रोगी स्वयं नहीं भर पा रहा हो तभी भरें )

मैं..... SHWET KETU श्री/श्रीमती..... का..... हूँ एवं उनके अशिक्षित/अक्षम होने के कारण यह पत्र भर रहा/रही हूँ एवं इस बात को जानता/जानती हूँ कि इनके इलाज और सफलता या विफलता के लिए मैं उत्तरदायी होऊँगा/होऊँगी।

मनोरमा सिंह

रोगी/रोगी पक्ष का हस्ताक्षर

(अशिक्षित रोगी का अँगूठा चिन्ह)

(Dr. Kanhaiya Singh)

रोगी से सम्बन्ध.....

M.B.B.S., M.S. (Eye)  
Reg. No. : 21151 (84)

दिनांक..... 4/4/22

स्थान.....

सत्यापन

गवाह 1..... SHWET KETU (नाम.....)

2..... (नाम.....)