\* सोनोग्राफी समंती पत्र \*

As per Section 5(1) of Chapter ||| of PCPNDT Act 1994/ Amendment Act 2002

पेशंटची माहिती :

|  |  |
| --- | --- |
| नाव : वय | वर्षे |
| वडिलाचे / पतीचे नाव : | |
| पत्ता: | |

मी,खालील सही करणार,या द्वारे असे नमूद करीत आहे की मला प्रसूतिपूर्व निदान चाचण्यातील धोके व तपासणीपूर्व परिणामांची पूर्ण कल्पना समजावून देण्यात आली आहे. माझ्या गरोदरावस्येतील अर्भकाच्या कोणत्याही दोषांच्या ( व्यंग अथवा व्याधी ) शक्यतेसंबंधी मी माझी प्रसूतिपूर्व निदान चाचणी करून घेवू इच्छिते.

माझ्या प्रसूतिपूर्व तपासणी आणि प्रसूतिपूर्व चाचण्यात कोणतेही व्यंग अथवा व्याधी न आढळल्यास मी गर्भपात करून घेणार नाही असे अभिवचन देते. माझ्या गर्भाचे लिंग निदान मला सांगण्यात येणार नाही हे मला विदित आहे.

मला हे ही समजले आहे,की वरील अभिवचनाचा मी भंग केल्यास मला प्रसूतिपूर्व निदान पध्दती ( दुरुपयोग टाळणे व नियमितता ) या १९९४ च्या कायद्यानुसार (१९९४ चा ५७ वा कायदा ) मी शिक्षेस पात्र ठरेल.

तारीख ठिकाण गरोदर महिलेची / पेशंटची सही.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

मी वरील संमतीपत्रातील मजकूर रुग्णास व तिच्या बरोबरील व्यक्तीस-नाव : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

पत्ता: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

पेशंटशी नाते : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ यांना,त्यांना समजणा-या भाषेत समजावून दिले आहे.

|  |  |
| --- | --- |
| **श्रद्धा हॉस्पिटल**  रजि. नं.५५०/२०१२ सर्वे नं .४३ पराशर सोसायटी पुणे-नगर रोड चंदननगर खराडी पुणे ४११०१४  वेळ: सोम.ते शनि.स.१०.०० ते दु.१.०० आणि सा.५.०० ते ७.००- रविवारी बंद. | सही.  डॉ. संजीव एस.जाधव  (एम.बी.बी.एस,डी.जी.ओ.)  रजि.नं.६०८७६. |