

**Signature of Patient's Relative/Witness | मरीज के रिश्तेदार/गवाह के हस्ताक्षर** 

**Relation with Patient | रुग्ण के साथ संबंध:** \_\_\_\_\_

I/we give consent voluntarily to the doctor and his/her team members for carrying out the said operation on  
 myself or  my above named patient being fully aware of the nature, potential risks, complications, drawbacks intended benefits and possible alternatives of the same.

मैं/हम उक्त ऑपरेशन को करने के लिए डॉक्टर और उसकी टीम के सदस्यों को स्वेच्छा से सहमति देते हैं  मैं या  मेरा उपरोक्त नामित रुग्ण प्रकृति, संभावित जोखियाँ, जटिलताओं, कमियों, इच्छित लाभों और उसके संभावित विकल्पों के बारे मैं पूरी तरह से जागरूक हैं।

I, the above named Patient/named patient's representative, do further hereby declare that I am above 18 years of age as on the date of signing this form, mentally sound and am giving consent without any fear, threat or false misconception.

मैं, ऊपर नामित रुग्ण/नामित रुग्ण का प्रतिनिधि, इसके द्वारा यह घोषणा करता हूं कि इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि के अनुसार मेरी उम्र 18 वर्ष से अधिक है, मैं मानसिक रूप से स्वस्थ हूं और बिना किसी डर, धमकी या गलत गलतफहमी के सहमति दे रहा हूं।

|                                                                                                                                       | <b>Signature / Thumb Impression*<br/>हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान*</b>                 | <b>Full Name   पूरा नाम</b>                                                     | <b>Date  <br/>दिनांक</b> | <b>Time  <br/>समय</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Patient   मरीज़                                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                 |                          |                       |
| Surrogate/Guardian/Relative Witness [Tick whichever applicable]<br>सरोगेट/अभिभावक/रिश्तेदार गवाह<br>[जो भी लागू हो उस पर निशान लगाएं] | 1.  | Somnath Taware<br>Write relationship with patient.<br>रुग्ण के साथ संबंध लिखें. | 5/1/2024                 | 10:30 AM              |
|                                                                                                                                       | 2.                                                                                    | Write relationship with patient.<br>रुग्ण के साथ संबंध लिखें.                   |                          |                       |
| Interpreter (if applicable)  <br>दुआषिया (यदि लागू हो)                                                                                |                                                                                       |                                                                                 |                          |                       |

| <b>Reason for surrogate consent<br/>सरोगेट सहमति का कारण</b>                                                               | <b>Patient is unable to give consent because/is a minor :<br/>रुग्ण सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि/वह नाबालिग है:</b> |                                                               | <b>Date  <br/>दिनांक</b> | <b>Time  <br/>समय</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Surrogate / Guardian or Witness<br>[Tick whichever applicable]<br>सरोगेट/अभिभावक या गवाह<br>[जो लागू हो उस पर निशान लगाएं] | 1.                                                                                                                      | Write relationship with patient.<br>रुग्ण के साथ संबंध लिखें. |                          |                       |
|                                                                                                                            | 2.                                                                                                                      | Write relationship with patient.<br>रुग्ण के साथ संबंध लिखें. |                          |                       |
| Interpreter (if applicable)  <br>दुआषिया (यदि लागू हो)                                                                     |                                                                                                                         |                                                               |                          |                       |

\* Right Hand for Males & Left Hand for Females. | \* पुरुषों के लिए दायां हाथ और महिलाओं के लिए बायां हाथ।

I, the undersigned doctor  chief surgeon/  the surgical team member have fully explained the nature, potential risks and complications, intended benefits, expected post-procedure course, drawbacks and possible alternatives to the planned