

सामान्य सहमती सह उपक्रम

NABH ACCREDITED



MGM  
NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI

Organization Accredited by  
Joint Commission International  
JCI ACCREDITED



गवाह का नाम \_\_\_\_\_

गवाह के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध \_\_\_\_\_

गवाह के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध \_\_\_\_\_

रोगी के अभिभावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध \_\_\_\_\_

यदि रोगी नाबालिक या बहोश है या हस्ताक्षर देने की स्थिति में नहीं है तो \_\_\_\_\_

रोगी के अभिभावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध \_\_\_\_\_

अस्पताल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का नाम \_\_\_\_\_

अस्पताल के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मैंने व्यक्तिगत रूप से उपरोक्त सहमति वचनपत्र को विस्तार से रोगी श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

एवं रोगी के संबंधी श्री/श्रीमती \_\_\_\_\_

को \_\_\_\_\_

भाषा में समझाया है तथा पूरी तरह समझाने के बाद उन्होंने मेरी मौजूदगी में उसी पर हस्ताक्षर किए हैं।

अनुवादक का नाम और हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

दिनांक \_\_\_\_\_ समय \_\_\_\_\_