

operation/procedure, to the patient/patient representatives. I am confident that he / she has understood the information fully as described in this document.

मैं, अधोहस्ताक्षरित डॉक्टर  मुख्य सर्जन/  सर्जिकल टीम के सदस्य ने रुग्ण/रुग्ण प्रतिनिधियों को योजनाबद्ध ऑपरेशन/प्रक्रिया की प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षित लाभ, अपेक्षित पोस्ट-प्रक्रिया पाठ्यक्रम, कमियां और संभावित विकल्पों के बारे में पूरी तरह से समझाया है। मुझे विश्वास है कि उसने इस दस्तावेज़ में वर्णित जानकारी को पूरी तरह से समझ लिया है।

### Consent obtained by | द्वारा प्राप्त सहमति:

Doctor   चिकित्सक	Signature   हस्ताक्षर	Name   नाम	Date   तिथि	Time   समय
		Dr. K. V. Mallikarjun	24/05/2024	11:38 AM

Does this patient/procedure require an additional HIGH RISK consent?

क्या इस रुग्ण/प्रक्रिया के लिए अतिरिक्त उच्च जोखिम सहमति की आवश्यकता है?

YES

हाँ

NO

नहीं

### Procedure to be performed by | द्वारा निष्पादित की जाने वाली प्रक्रिया :

1. Doctor : Dr. K. V. Mallikarjun Signature :  Date : 24/05/24 Time : 11:30 AM  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: तिथि: समय:
2. Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: तिथि: समय:
3. Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: तिथि: समय:
4. Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: तिथि: समय: