

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। मुझे

### Consent obtained by | द्वारा प्राप्त सहमति:

Doctor   चिकित्सक	Signature   हस्ताक्षर	Name   नाम	Date   तारीख	Time   समय
		DR GAURI KOUNDINYA	5/10/24	3.30 pm

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 : P. ATHALE Signature : Date : 5/10/24 Time : 3.30 pm  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
2. Doctor : GAURI KOUNDINYA Signature : Date : 5/10/24 Time : 3.30 pm  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
3. Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय:
4. Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_  
डॉक्टर: हस्ताक्षर: दिनांक: समय: