

मैंने इस अस्पताल के सभी नियमों और अधिनियमों को पूरी तरह से पढ़ा व समझा है और मैं उनका पालन करने के लिए सहमत हूँ। उपरोक्त वर्णित तथ्यों से मैं पूरी तरह से अवगत हूँ तथा मुझे सभी दी गई जानकारी समझाई भी गई है जिसके फलस्वरूप मैं अपनी मर्जी से संपूर्ण

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

मैंने सभी श्रुतियों की सूची देखी व समझी है और वह ही मुझे स्वीकार्य भी है तथा मैं समय समय पर सभी बकाया राशी का पूर्ण एवं अंतिम

। ॥.५।१३० / ॥.५।१३०

मैंने अपनी / अपने मरीज की पुरानी बिमारी, एलर्जी, एलर्जी, किमी भी दवाई अथवा खाद्य पदार्थ का निषेधन अथवा एलर्जी, पहले ही चुकी सजिकल प्रक्रिया (आप्रेशन) तथा मेरे / मेरे मरीज के उपचार के लिए प्रासंगिक अन्य सभी तरह डाक्टर को पूर्ण रूप से सूचित किये हैं और मैं इन तथ्यों को न बताए जाने से होने वाले किमी भी प्रकार के परिणाम के लिए हार्मिल, डाक्टर अथवा किमी भी कर्मचारी को जिम्मेदार नहीं

स्थानांतरित करने की आवश्यकता है तो मैं इसकी भी सहमती देता / देती हूँ।

यदि उपचार के दौरान छात्रों को ये लगता है कि यदि मेरे / मेरे मरीज की रिकवरी (स्वास्थ्य लाभ) के लिए किसी अन्य अस्पताल में

/ देना है, परन्तु इन सब के दौरान मेरी / मेरी मरीज की पहचान उजागर नहीं होगी, ऐसा मुझे आश्वासन मिला है ।

मैं कहता / कहती हूँ कि मैं इस अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं की जानकारी प्राप्त कर ली है और उसे संतोषजनक पाया है। सभी प्रकार की जानकारी प्राप्त करने के बाद मैं अपने / अपने मरीज के डाक्टरों को उनके सहायक जैसे अन्य डाक्टर, नर्स एवं अन्य सहकर्मचारी आदि के उपयोग एवं सहयोग की भी अनुमति देता / देती हूँ। मैं अपने / अपने मरीज के उपचार से संबंधित प्रकाशन के दौरान उपयोग की भी सहमती देती

जाहरी ने मेरे साथ मेरे / मेरे मरीज के उपचार के अन्य वैकल्पिक तरीकों पर भी चर्चा की है।

। ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

सहमति देता / देती हूँ।

मुझे / मेरे मरीज के रोग एवं संबंधित उपचार, यदि उसमें किसी प्रकार की शस्त्रक्रिया (सर्जरी) या संज्ञाहरण (एनेस्थेसिया) की आवश्यकता या दंतचिकित्सा की आवश्यकता या किसी भी प्रकार के एक्स-रे, सोनोग्राफी, खून एवं पेशाब आदि की जांच की आवश्यकता तथा आवश्यकता या दंतचिकित्सा की आवश्यकता या किसी भी प्रकार के एक्स-रे, सोनोग्राफी, खून एवं पेशाब आदि की जांच की आवश्यकता तथा इन सबसे होने वाले अपेक्षित लाभ, संबंधित जोखिम अथवा होने वाले प्रातिकूल प्रभाव आदि से संबंधित सभी संभावित परिणामों से अवगत कराया गया है। मैं ये भी कहता / कहती हूँ कि मुझे मेरी / मेरे मरीज की बीमारी / रोग एवं संबंधित उपचार के संबंध में सभी प्रश्न पूछने व शंकाओं का निवारण करने का सम्पूर्ण अवसर प्रदान किया गया है, तथा मुझे मेरे प्रश्नों का डाक्टरों एवं अन्य स्टाफ द्वारा संतोषजनक उत्तर भी

मैं उपचार के दौरान प्रयोग होने वाली सभी दवाइयों एवं उपचार के समय डाक्टर द्वारा बताए गये सभी आवश्यक जांचों आदि को करने की

भारत मरीज छात्र

मैंने स्वयं / अपने मरीज के लिए एक ऐसा अस्पताल में भर्ती होकर अपना / अपने मरीज का उपचार करने का निर्णय लिया है जहाँ मैं /

पृष्ठ संख्या: १

पृ. महीना महीना का / की

ಹೃದಯ ಶಿಕ್ಷೆ ಪ್ರಹರಣ ಶಿಕ್ಷೆ



MGM
NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI



Organization Accredited by
Joint Commission International
JCI ACCREDITED