

सामान्य सहमती सह उपक्रम



MGM
NEW BOMBAY HOSPITAL, VASHI



मैं _____ को / मरीज का / की

मेरा निवास्थान _____

मैंने स्वयं / अपने मरीज के लिए एम जी एम अस्पताल में भर्ती होकर अपना / अपने मरीज का उपचार करने का निर्णय लिया है जहाँ मैं / मेरा मरीज डॉक्टर _____ की निगरानी में रहेगा।

मैं उपचार के दौरान प्रयोग होने वाली सभी दवाइयों एवं उपचार के समय डॉक्टर द्वारा बताए गये सभी आवश्यक जांचों आदि को करने की सहमति देता / देती हूँ।

मुझे / मेरे मरीज के रोग एवं संबंधित उपचार, यदि उसमें किसी प्रकार की शल्यक्रिया (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 इन सबसे होने वाले अपेक्षित लाभ, संबंधित जोखिम अथवा होने वाले प्रतिकूल 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 डॉक्टरों एवं अन्य स्टाफ द्वारा संतोषजनक उत्तर भी प्राप्त हुआ है।

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

मैं कहता / कहती हूँ कि मैंने 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 डॉक्टरों को उनके सहायक जैसे अन्य डॉक्टर, 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 / देता हूँ, परन्तु इन सब के दौरान मेरी / मेरे मरीज की पहचान उजागर नहीं होगी, ऐसा मुझे आश्वासन मिला है।

यदि उपचार के दौरान डॉक्टरों को ये लगता है कि यदि मेरे / मेरे मरीज की रिकवरी (स्वास्थ्य लाभ) के लिए किसी अन्य अस्पताल में स्थानांतरित करने की आवश्यकता है तो मैं इसकी भी सहमती देता / देती हूँ।

मैंने अपनी / अपने मरीज की पुरानी बिमारी, एलर्जी, किसी भी दवाई अथवा खाद्य पदार्थ का रिएक्शन अथवा एलर्जी, पहले हो चुकी स्थितियों को न बताए जाने से होने वाले किसी भी प्रकार के परिणाम के लिए हॉस्पिटल, डॉक्टर अथवा किसी भी कर्मचारी को जिम्मेदार नहीं ठहराऊँगा / ठहराऊँगी।

मैंने सभी शुल्कों की सूची देखी व समझी है और वह ही मुझे स्वीकार्य भी है तथा मैं समय समय पर सभी बकाया राशियों का पूर्ण एवं अंतिम भुगतान करने का वचन देता / देती हूँ।

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 बर्तित 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 होशोहवास में सबकी सहमती के लिए हस्ताक्षर दे रहा / रही हूँ।

MGMV/F/Fro.26/Ver.4/13.03.2021