

Signature of Patient's Relative/Witness | मरीज के रिश्तेदार/वाहक के हस्ताक्षर

Relation with Patient | रोग के साथ संबंध: Daughter

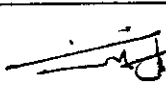
I/we give consent voluntarily to the doctor and his/her team members for carrying out the said operation on ☐ myself or ☐ my above named patient being fully aware of the nature, potential risks, drawbacks intended benefits and possible alternatives of the same.

मैं/हम उक्त ऑपरेशन को करने के लिए डॉक्टर और उसकी टीम के सदस्यों को स्वेच्छा से सहमति देते हैं ☐ मैं या ☐ मेरा उपरोक्त नामित रोग ग्रहीति, संभावित जोखिम, जटिलताओं, कमियाँ, इच्छित लाभों और उसके संभावित विकल्पों के बारे में पूरी तरह से जागरूक हूँ।

I, the above named Patient/named patient's representative, do further hereby declare that I am above 18 years of age as on the date of signing this form, mentally sound and am giving consent without any fear, threat or false misconception. मैं, ऊपर नामित रोग/नामित रोग का प्रतिनिधि, इसके द्वारा यह घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि के अनुसार मेरी उम्र 18 वर्ष से अधिक है, मैं मानसिक रूप से स्वस्थ हूँ और बिना किसी डर, धमकी या गलत गलतफहमी के सहमति दे रहा हूँ।

Signature / Thumb Impression* / अंगूठे का निशान*	Full Name   पूरा नाम	Date   तिनांक	Time   समय
--	----------------------	---------------	------------

Patient   मरीज			
Surrogate/Guardian/Relative Witness [Tick whichever applicable] [जो भी लागू हो उस पर निशान लगाएं]	1.	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	
	2.	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	
Interpreter (if applicable)   दुर्भाषिया (यदि लागू हो)			

Reason for surrogate consent सुरोेट सहमति का कारण		Patient is unable to give consent because/is a minor : रोग सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि/वह नाबालिग है:		Date   तिनांक	Time   समय
Surrogate / Guardian or Witness [Tick whichever applicable] [जो लागू हो उस पर निशान लगाएं]	1.	 Daughter Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.		12/10/24	PM
	2.	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.			
Interpreter (if applicable)   दुर्भाषिया (यदि लागू हो)					

\* Right Hand for Males & Left Hand for Females. | \* पुरुषों के लिए दायां हाथ और महिलाओं के लिए बायां हाथ।

I, the undersigned doctor ☐ chief surgeon/ ☐ the surgical team member have fully explained the nature, potential risks and complications, intended benefits, expected post-procedure course, drawbacks and possible alternatives to the planned