

	Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगुठे का निशान	Full Name / पुरा नाम	Date / दिनांक	Time / समय
Patient / मरीज				
Surrogate / Guardian/ Relative (if applicable) अधिभावक / पालक / रिशेदार (यदि लागू हो)	1.	(Write relationship with patient) (रुग्ण के साथ संबंध लिखें)		
	2.	(Write relationship with patient) (रुग्ण के साथ संबंध लिखें)		
Interpreter (if applicable) दुष्प्राणिया (यदि लागू हो)				

Reason for surrogate consent सरोगेट सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because/ is a Minor रुण सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि / वह नाबालिंग है: <i>patient outrachaelly</i>	Date / दिनांक	Time / समय
Surrogate / Guardian/ Relative or Witness (Tick whichever applicable) सरोगेट/अभिभावक/ रिस्टेदार या गवाह (जो लागू हो उस पर निशान लगाएं)	1. <i>P.Tawar</i> Pournima Tawar (Daughter) Write relationship with patient रुण के साथ संबंध लिखें.	23/10/24	11:00 AM
Interpreter (if applicable) अनुवादक (यदी लागू हो)			

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

I, the under signed Doctor, have explained the nature, potential risk and complication, expected benefits, expected post anesthesia, recovery and possible alternative to the patient/patients representative. I am confident that he/she has understood the information provided in this document.

मैं, हस्ताक्षरित डॉक्टरने, प्रकृति, संभावित जोखिम और जटिलताओं, अपेक्षितलाभ, एनेस्थीसिया के बाद अपेक्षित पुनः प्राप्ति और संभवतः विकल्प को रोगी /रोगी के प्रतिनिधिको समझाया है, मुझे विश्वास है कि उन्होंने इस दस्तावेज में दी गई जानकारी को समझलिया है ।

Name of Anesthesiologist: Dr Koch

अनेस्थीसिओलॉजिस्ट का नाम :

Signature:

हस्ताक्षरः

Date/Time:

तारीख/समय :

23.10.2024

14