


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

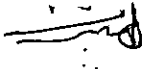
*** Right Hand for Males & Left Hand for Females.** * पुरुषों के लिए दायां हाथ और महिलाओं के लिए बायां हाथ।

Reason for surrogate consent सुरोएट सहमति का कारण	Patient is unable to give consent because/s a minor : रोग सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि/वह नाबालिग है:		Date दिनांक	Time समय
	1.  Surrogate / Guardian or Witness [Tick whichever applicable] सुरोएट/अभिभावक या गवाह	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	95/10/25	8:24pm
Interpreter (if applicable) दुआलिया (यदि लागू हो)	2. Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.			

Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान	Full Name पूरा नाम	Date दिनांक	Time समय	Patient मरीज	1. Surrogate/Guardian/Relative Witness [Tick whichever applicable] सुरोएट/अभिभावक/रिश्तेदार गवाह	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.
					2. Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	
Interpreter (if applicable) दुआलिया (यदि लागू हो)						

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 जानकारी के सहमति दे रहा हूँ।

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, complications, drawbacks intended benefits and possible alternatives of the same.
संभावित जटिलता, कटिघात, संक्रमण, डर, धमकी या गलत जानकारी के बिना मैं पूरी तरह से जागरूक हूँ।

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

Relation with Patient | रोग के साथ संबंध: Daughters