

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

Relation with Patient | रोग के साथ संबंध: Daughters

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.

मैं/हम ऊपर उक्त ऑपरेशन को करने के लिए डॉक्टर और उसकी टीम के सदस्यों को स्वेच्छा से सहमति देते हैं। मैं या मैं मेरा उपरोक्त नामित रोग प्रकृति, संभावित जोखिम, जटिलताएँ, कठिनाई 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 जानकारी के सहमति दे रहा हूँ।

Signature / Thumb Impression* हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान*	Patient मरीज	1. Surrogate/Guardian/Relative Witness [Tick whichever applicable] [जो भी लागू हो उस पर निशान सुरोक्त/अभिभावक/रिश्तेदार जवाब applicable] 2. Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	Date दिनांक समय
---	----------------	--	---	----------------------

Reason for surrogate consent सुरोक्त सहमति का कारण Patient is unable to give consent because/s a minor : रोग सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि/वह नाबालिग है:	1. Surrogate / Guardian or Witness [Tick whichever applicable] [जो लागू हो उस पर निशान सुरोक्त/अभिभावक या जवाब applicable] 2. Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	Write relationship with patient. रोग के साथ संबंध लिखें.	Date दिनांक समय
---	--	---	----------------------

* 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