



TREATMENT CONSENT - ചികിത്സാ സമ്മതപത്രം

Dental Extraction / Impaction surgery - ഡെന്റൽ എക്സ്‌ട്രാക്ഷൻ / ഇംപാക്ഷൻ

I / **Bystander** for [**Male / Female**] and **Age**
have been fully informed of the nature of the surgical procedure to remove the tooth, the procedure to be utilized, the risks and benefits of the procedure and the selected anesthesia, the alternative treatments available and the necessity for follow-up and self-care.

..... വയസ്സ് [സ്ത്രീ / പുരുഷൻ],
[എന്ന ഞാൻ / എന്ന രോഗിയുടെ ബൈസ്റ്റാൻഡർ] പല്ല് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ശസ്ത്രക്രിയയുടെ സ്വഭാവം, ഉപയോഗിക്കുന്ന ചികിത്സാരീതി, അതിന്റെ നടപടിക്രമം, അപകടസാധ്യതകളും നേട്ടങ്ങളും, തിരഞ്ഞെടുത്ത അനസ്തേഷ്യയും, ലഭ്യമായ ബദൽ ചികിത്സകളും തുടർനടപടികളുടെയും, സ്വയം പരിചരണത്തിന്റെ ആവശ്യകതയെക്കുറിച്ചും എന്നെ പൂർണ്ണമായി അറിയിച്ചിട്ടുണ്ട്.

I have had an opportunity to ask any questions that I have in connection with the treatment and to discuss my concerns with the Doctor. The adverse effects of the SELECTED ANAESTHETIC PROCEDURE and DENTAL EXTRACTION / IMPACTION surgical complications that one can expect or may happen and the approximate costs have been explained to me. ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാനും, എന്റെ ആശങ്കകൾ ഡോക്ടറുമായി ചർച്ച ചെയ്യാനും എനിക്ക് അവസരം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ട്. തിരഞ്ഞെടുത്ത അനസ്തേഷ്യ മൂലം ഉണ്ടാകാവുന്ന കോംപ്ലിക്കേഷൻസും പാർശ്വഫലങ്ങളും , ഡെന്റൽ എക്സ്‌ട്രാക്ഷൻ / ഇംപാക്ഷൻ സർജിക്കൽ കോംപ്ലിക്കേഷൻസും , ഏകദേശ ചിലവും എന്നോട് വിവരിച്ചിട്ടുണ്ട്.

I hereby consent to the procedure of Dental Extraction / Impaction surgery as presented to me during consultation and the treatment plan as described. കൺസൾട്ടേഷനിൽ എനിക്ക് അവതരിപ്പിച്ച ഡെന്റൽ എക്സ്‌ട്രാക്ഷൻ / ഇംപാക്ഷൻ സർജിക്കൽ ചികിത്സാരീതിക്കും, എനിക്ക് വിവരിച്ച തന്ന പ്രകാരം ഞാൻ ഇതിനാൽ സമ്മതിക്കുന്നു.

Doctor's Name :

Signature :

I HEREBY CERTIFY THAT I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THIS CONSENT DOCUMENT.

ഈ സമ്മതപത്രം ഞാൻ വായിക്കുകയും പൂർണ്ണമായി മനസ്സിലാക്കുകയും ചെയ്തവെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Patient Name : _____ Signature: _____

Name of Bystander : _____ Signature: _____