

MES MEDICAL COLLEGE  
PERINTHALMANNA  
DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: Rakesh

Doctor: Dr.manoj krishnan

Age: 29

MRN: 1738946

Date: 2025-11-08 14:12

CONSENT REQUIRED FOR:

Biopsy -

PROCEDURE/REASON DETAILS:

(രോഗ നിർണ്ണയത്തിനായി രോഗിയുടെ തൊലിയിൽ നിന്നും കഷ്ണമെടുത്ത് പരിശോധിക്കൽ)

ഈ രീതി മൂലമുണ്ടാകുന്ന സങ്കീർണ്ണതകൾ അമിതരക്തസ്രാവം, പഴുപ്പ്, വേദന, തരിപ്പിടുക എന്നീ മരുന്നിനോടുള്ള അലർജി, മുറിവ് ഉണ്ടാകാനുള്ള കാര്യം എന്നിവ ഡോക്ടർ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്. അത് എനിക്ക് മനസ്സിലായിട്ടുണ്ട്. അതിനാൽ ഈ ചികിത്സ രീതിക്ക് എനിക്ക് സമ്മതമാണ്.

DECLARATION:

I hereby acknowledge that:

- I have read and understood the consent form
- All my questions have been answered satisfactorily
- I voluntarily consent to the procedure/treatment

SIGNATURES:

Patient/Relative Signature:

Doctor's Signature:

Signed at: 2025-11-08 14:12:31

Name: Anuraj

Relationship: Guardian

Signed by: Dr. doctor1

Signed at: 2025-11-08 14:12:31

**MES MEDICAL COLLEGE**  
**PERINTHALMANNA**  
**DIGITAL CONSENT FORM**

---

**MES Medical College, Perinthalmanna**

Digital Consent System - Generated Electronically