

**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:**

(രണ്ടു നിർണ്ണയത്തിനായി രണ്ടു കൂടുതലുള്ള പരിഗണനകൾ ആവശ്യമാണ്)

ഈ റീതി മൂലമുണ്ടാകുന്ന സംഭവങ്ങൾക്കും അനിതരക്തസ്രാവം, പഴുപ്പ്, വദേന, തരിപ്പിക്കുന്ന മരുന്നിനാണുള്ള അലാറിൾ, മുറിവ് ഉണ്ടാകുള്ള കാലതാമസം എന്നിവ യാതൊക്കെ പരിഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കി തന്നീക്കുണ്ട്. അത് എനിക്ക് മനസ്സിലായിട്ടുണ്ട്.  
അതിനാൽ ഈ ചികിത്സ റീതിക്ക് 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:**

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

Name: Anuraj

Relationship: Guardian

**Doctor's Signature:**

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