

MES MEDICAL COLLEGE
PERINTHALMANNA
DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: 1

Doctor: Dr Sajid

Age: 11

Consent ID: 18

MRN: 1234

Date: 2025-11-06 17:26

CONSENT REQUIRED FOR:

Biopsy - English

ബയോപ്സി - English

PROCEDURE/REASON DETAILS:

(Taking a piece of the patient's skin for diagnosis)■

Complications caused by this method include excessive bleeding, pus, pain, allergy to the numbing medicine, ■
and delay in wound healing, the doctor said. ■

I understand that. So I agree with this method of treatment.

(Taking ഒരു കഷണം എന്റെ patient's തൊലി വണ്ടേടി diagnosis)■

സങ്കീർണ്ണതകൾ കാരണമായി ഇത് രീതി ഉൾപ്പെടുന്നു അമിതമായ bleeding, pus, pain, അലർജി വണ്ടേടി മരവിപ്പിക്കുക
പേപ്പർ താമസം ഇത് പുണ്ണ് healing, ഡോക്ടർ said.■

I മനസ്സിലാക്കുന്നു that. അതിനാൽ I സമ്മതിക്കുന്നു ഉപയോഗിച്ച് ഇത് രീതി എന്റെ treatment.

DECLARATION:

I hereby acknowledge that:

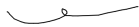
- I have read and understood the consent form
- All my questions have been answered satisfactorily
- I voluntarily consent to the procedure/treatment

MES MEDICAL COLLEGE
PERINTHALMANNA
DIGITAL CONSENT FORM

SIGNATURES:

Patient/Relative Signature:

Doctor's Signature:



Signed at: 2025-11-06 17:26:44

Name: Rahul R

Relationship: Self



Signed at: 2025-11-06 17:26:44

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically