

MES MEDICAL COLLEGE  
PERINTHALMANNA  
DIGITAL CONSENT FORM

PATIENT DETAILS:

Name: Arun S

Doctor: Dr Sajid

Age: 12

MRN: 1234

Date: 2025-11-07 17:49

CONSENT REQUIRED FOR:

Diode Laser Consent - Malayalam

PROCEDURE/REASON DETAILS:

ശരീരത്തിലെ അമിത രക്തം വളർച്ച മാറ്റുന്നതിന് ആവശ്യമായ ചികിത്സാ രീതിയാണ് ലേസർ (Laser).

ഈ ചികിത്സാ രീതി മൂലമുണ്ടായേക്കാവുന്ന സങ്കീർണ്ണതകൾ പൊതുവെ, ചുവന്ന തടിപ്പ്, പൊള്ളൽ  
മൂലമുണ്ടായേക്കാവുന്ന

പാടുകൾ എന്നിവയെ കുറിച്ച് ഡോക്ടർ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കി തന്നിട്ടുണ്ട്. 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: 2025-11-07 17:49:41

Name: Rahul R

Relationship: Son



Signed by: Dr. doctor1

Signed at: 2025-11-07 17:49:41

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

---

**MES Medical College, Perinthalmanna**

Digital Consent System - Generated Electronically