

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 രോമ വളർച്ചപ്പ മാറ്റുന്നതിന് ആവശ്യമായ ചികിത്സാ രീതിയാണ് ലാസർ (Laser).

ഈ ചികിത്സാ രീതി മൂലമുണ്ടായകേങ്കാവുന്ന സംഭവിക്കാതകൾ പാള്ളൽ, ചുവന്ന തിപ്പ്, പാള്ളൽ മൂലമുണ്ടായകേങ്കാവുന്ന പാടുകൾ എന്നിവയെ കുറിച്ചപ്പോൾ പറഞ്ഞു മനസ്സിലാക്കി തന്റെ കൂദാശ. അതിനാൽ ഈ ചികിത്സ എനിക്ക് സമർപ്പിച്ചു.

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: 2025-11-07 17:49:41

Name: Rahul R

Relationship: Son

Doctor's Signature:

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