

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

ബയ്യോപ്പൺ - 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 എന്നു patient's തൊലി വണ്ണേക്കി diagnosis)■

സംശ്കീർണ്ണതകൾ കാരണമായി ഇത് തീരുമാനിച്ചു അഭ്യർത്ഥിച്ചു അമിതമായ bleeding, pus, pain, അലർജി വണ്ണേക്കി മരവിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നതും ഇത് പുണ്ണം healing, ഡോക്ടർ said.■

ഈ അനുസരിച്ച് അതിനാൽ | സമർത്ഥിക്കുന്നതു ഉപയോഗിച്ച് ഇത് തീരുമാനിച്ചു treatment.

DECLARATION:

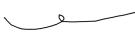
I hereby acknowledge that:

- 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:


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

Name: Rahul R

Relationship: Self

Doctor's Signature:


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

MES Medical College, Perinthalmanna

Digital Consent System - Generated Electronically