

PLASTIC SURGERY CONSENT FORM

I hereby authorize the doctor and the medical team at Gravity Hospital & Research Centre to perform the planned plastic / reconstructive surgery on me / my ward.

The nature, purpose, benefits, and possible risks or complications of the procedure have been explained to me in detail and in a language I understand.

I understand that no guarantee or assurance has been given regarding the outcome or results of the surgery.

I consent to the administration of anesthesia and any other necessary medical procedures required during the surgery.

I also give my consent for the use of my medical records and clinical photographs for documentation, academic, and educational purposes, while maintaining complete confidentiality of my identity.

Patient / Guardian Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Doctor Name & Signature: _____

प्लास्टिक सर्जरी सहमति पत्र

मैं एतद् द्वारा Gravity Hospital & Research Centre के डॉक्टर एवं मेडिकल टीम को मेरे / मेरे अभिभावक के लिए प्रस्तावित प्लास्टिक / पुनर्निर्माण सर्जरी करने की अनुमति देता/देती हूँ।

मुझे इस प्रक्रिया की प्रकृति, उद्देश्य, लाभ तथा संभावित जोखिमों या जटिलताओं के बारे में पूरी जानकारी दी गई है और वह मुझे समझ में आई है।

मैं समझता/समझती हूँ कि सर्जरी के परिणामों के संबंध में कोई भी गारंटी या आश्वासन नहीं दिया गया है।

मैं एनेस्थीसिया तथा सर्जरी के दौरान आवश्यक अन्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ।

मैं अपने चिकित्सा अभिलेखों एवं क्लिनिकल फोटोग्राफ्स के उपयोग की भी अनुमति देता/देती हूँ, जो दस्तावेजीकरण एवं शैक्षणिक उद्देश्यों के लिए होंगे तथा मेरी पहचान पूर्णतः गोपनीय रखी जाएगी।

रोगी / अभिभावक का नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____

डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर: _____

प्लास्टिक सर्जरी संमतीपत्र

मी याद्वारे Gravity Hospital & Research Centre येथील डॉक्टर व वैद्यकीय पथकास माझ्यावर / माझ्या पाल्यावर नियोजित प्लास्टिक / पुनर्रचना शस्त्रक्रिया करण्याची संमती देत आहे.

या शस्त्रक्रियेचे स्वरूप, उद्देश, फायदे तसेच संभाव्य धोके किंवा गुंतागुंत याबाबत मला सविस्तर माहिती देण्यात आली असून ती मला समजली आहे.

शस्त्रक्रियेच्या परिणामांबाबत कोणतीही हमी किंवा खात्री देण्यात आलेली नाही, हे मला समजते.

मी भूल (Anesthesia) तसेच शस्त्रक्रिये दरम्यान आवश्यक असलेल्या इतर वैद्यकीय प्रक्रियांसाठी माझी संमती देत आहे.

माझे वैद्यकीय रेकॉर्ड्स व क्लिनिकल छायाचित्रे दस्तऐवजीकरण व शैक्षणिक उद्देशांसाठी वापरण्यास मी संमती देत असून माझी ओळख पूर्णतः गोपनीय ठेवली जाईल.

रुग्ण / पालकांचे नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

दिनांक: _____

डॉक्टरांचे नाव व स्वाक्षरी: _____