

# ICON HOSPITAL – CONSENT FOR DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE (DAMA/LAMA)

ISO CERTIFIED 9001:2015

Gat No. 163, Tower Line Corner, Talawade Road, Triveninagar, Pune – 62

Mob.: 8149200044, 8149300044

Email: [iconhospital2016@gmail.com](mailto:iconhospital2016@gmail.com)

---

## Patient Details

Patient Name: \_\_\_\_\_

PRN No.: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_

IPD No.: \_\_\_\_\_

Ward: \_\_\_\_\_

Bed No.: \_\_\_\_\_

---

## 1. CONSENT FOR DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE (ENGLISH)

I have been explained in a manner that I understand that the condition of patient **Mr./Mrs.** \_\_\_\_\_ is such that discharge of the patient may pose a serious threat to the life of the patient.

However, we have decided to get the patient discharged. I, \_\_\_\_\_, take the full responsibility in having the patient **Mr./Mrs.** \_\_\_\_\_ discharged **against medical advice at his/her own risk.**

I understand that the condition of the patient and the consequences have been fully explained to me and that no one (including the patient) will ever hold Icon Hospital or its staff responsible for any outcome whatsoever.

---

## Consent of Patient (English)

Name	Signature	Date	Time
Patient	_____	_____	_____
Witness	_____	_____	_____
Doctor	_____	_____	_____

Name	Signature	Date	Time
Interpreter			

## 2. CONSENT OF PATIENT REPRESENTATIVE / SURROGATE (ENGLISH)

The patient is unable to consent because the patient is a minor / unconscious / in unsound mental condition, and I, \_\_\_\_\_ (Name & Relationship to Patient), hereby consent for the patient.

I acknowledge that I have discussed this discharge with the doctor or designated representative and fully understand the implications.

Role	Signature	Name	Date	Time
Patient's Representative				
Witness				
Doctor				
Interpreter				

## वैद्यकीय सल्ल्याविरुद्ध हॉस्पिटलमधून डिस्चार्ज (MARATHI VERSION)

मी \_\_\_\_\_ स्वतः / श्री / श्रीमती  
\_\_\_\_\_ या रुग्णाला वैद्यकीय सल्ल्याविरुद्ध हॉस्पिटलमधून डिस्चार्ज घेऊन जाण्याची इच्छा आहे.

रुग्णाची प्रकृती गंभीर असून त्यांच्या परिस्थितीचे संपूर्ण स्पष्टीकरण मला डॉक्टरांकडून देण्यात आले आहे. या परिस्थितीत रुग्णाला डिस्चार्ज देणे धोकादायक ठरू शकते, हे मला स्पष्टपणे समजावून सांगितले आहे.

या असूनही रुग्णाला **माझ्या जबाबदारीवर** डिस्चार्ज करून नेण्याचा निर्णय मी घेतला आहे. रुग्णाच्या प्रकृतीच्या स्थितीबद्दल व त्यातून उद्भवणाऱ्या परिणामांबद्दल **मी पूर्ण जबाबदारी स्वीकारतो / स्वीकारते.**

यासाठी हॉस्पिटल, त्यांचे डॉक्टर, कर्मचारी किंवा यंत्रणा यांना कोणतीही जबाबदारी येणार नाही, याची मी हमी देतो / देते.

## रुग्ण व नातेवाईकांची संमती (MARATHI)

रुग्णाचे नाव	सही	तारीख	वेळ
रुग्ण			
साक्षीदार			
डॉक्टर			
दुभाषक			

## रुग्णाच्या प्रतिनिधीची संमती (MARATHI)

रुग्णाला स्वतः संमती देता येत नाही कारण तो/ती अल्पवयीन / बेशुद्ध / मानसिक अस्वस्थ आहे. त्यामुळे मी (नाव व नाते) रुग्णाच्या वतीने सर्व परिस्थिती समजून रुग्णाच्या डिस्चार्जस संमती देत आहे.

भूमिका	नाव	सही	तारीख	वेळ
रुग्ण प्रतिनिधी				
साक्षीदार				
डॉक्टर				
दुभाषक				

END OF DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE FORM