

ICON HOSPITAL – DIGITAL CONSENT FORM

ISO CERTIFIED 9001:2015

Tower Line Corner, Talawade Road, Triveninagar, Pune – 14

Mob.: 8149200044, 8149300044

Email: iconhospital2016@gmail.com

1. LOW GENERAL CONDITION / POOR PROGNOSIS CONSENT

Patient Name: _____

Age: _____ Years

विभागात दाखल असलेल्या रुग्णामध्ये खालील कारणांमुळे रुग्णाची प्रकृती अत्यंत चिंताजनक आहे: 1) _____

2) _____

3) _____

रुग्णाची प्रकृती बिघडण्याची शक्यता असून अचानक धोकादायक स्थिती निर्माण होऊ शकते किंवा मृत्यूची शक्यता देखील असू शकते.

उद्देश शक्यता: 1) _____

2) _____

3) _____

याची संपूर्ण कल्पना नातलगांना दिली आहे. या परिस्थितीत डॉक्टर व हॉस्पिटलवर कोणतीही तक्रार नाही व आम्ही समाधानी आहोत.

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _

2. CONSENT FOR EMERGENCY PROCEDURE

Patient Name: _____

Age: _____ Years

विभागात दाखल असलेल्या रुग्णास या आजारामुळे किंवा परिस्थितीमुळे तातडीची उपचार प्रक्रिया (Procedure) करणे आवश्यक आहे.

त्यातील फायदे व धोके आम्हाला पूर्ण समजावून सांगितले असून आम्ही उपचारास पूर्ण संमती देत आहोत.

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _

3. CONSENT FOR SHIFTING TO OTHER HOSPITAL / DIAGNOSTIC CENTER

Patient Name: _____

Age: _____ Years

विभागात दाखल असलेल्या रुग्णास या तपासणी / उपचारासाठी इतर हॉस्पिटलमध्ये हलवणे आवश्यक असून, त्यांना हलवताना आमच्या जबाबदारीवर नेण्यात येत आहे.

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _

4. HANDING OVER OF JEWELLERY / VALUABLES

Patient Name: _____

Age: _____ Years

या विभागात दाखल असताना खालील वस्तू रुग्णाकडून घेऊन सुरक्षित ठेवण्यात आल्या आहेत: 1) _____

2) _____

3) _____

महिला कर्मचारीचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _

5. DENIAL OF INVESTIGATION / PROCEDURE / TREATMENT

Patient Name: _____

Age: _____ Years

या विभागात दाखल असलेल्या रुग्णास डॉक्टरांनी पुढील तपासणी / उपचार सुचवले आहेत. ते त्यांच्या उपचारासाठी अत्यंत आवश्यक आहेत, हे आम्हाला समजूनही काही कारणास्तव आम्ही ते उपचार नाकारत असून त्यामुळे होणाऱ्या परिणामांसाठी जबाबदार राहू.

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _

6. DNR / DO NOT RESUSCITATE CONSENT

Patient Name: _____

Age: _____ Years

विभागात दाखल असलेल्या रुग्णास खालील आजार आहेत: 1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

अवस्था अत्यंत गंभीर असून, रुग्णाची प्रकृती अचानक खराब होण्याची शक्यता आहे. या परिस्थितीत कृत्रिम श्वासोच्छ्वास अथवा अन्य जीवनरक्षक तातडीचे उपचार करू नयेत, हे आम्ही आमच्या जबाबदारीवर लिहून देत आहोत.

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

नातलगाचे नाव: _____

नाते: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: _ / _ / _____

END OF DIGITAL CONSENT FORM