

## INJECTION CONSENT FORM (OPD)

### INJECTION CONSENT FORM (ENGLISH)

I hereby give my consent to receive the prescribed injection and/or medication as advised by the doctor at Gravity Hospital & Research Centre.

The purpose of the injection, along with its possible side effects and associated risks, has been clearly explained to me in a language I understand.

I understand that despite taking all necessary precautions, adverse reactions or complications may occur.

I confirm that I have informed the doctor about any known allergies, previous adverse drug reactions, or relevant medical history prior to receiving the injection.

Patient / Guardian Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Doctor Name & Signature: \_\_\_\_\_

### इंजेक्शन सहमति पत्र (OPD) – HINDI

मैं एतद् द्वारा Gravity Hospital & Research Centre में डॉक्टर द्वारा निर्धारित इंजेक्शन एवं/या दवा लेने के लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

इंजेक्शन का उद्देश्य, उससे होने वाले संभावित दुष्प्रभाव तथा संबंधित जोखिमों के बारे में मुझे स्पष्ट रूप से और मेरी समझ की भाषा में समझाया गया है।

मैं समझता/समझती हूँ कि सभी आवश्यक सावधानियाँ बरतने के बावजूद कभी-कभी प्रतिकूल प्रतिक्रियाएँ या जटिलताएँ हो सकती हैं।

मैं यह पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने इंजेक्शन लेने से पूर्व अपनी किसी भी एलर्जी, पूर्व में हुई दवा संबंधी प्रतिक्रियाओं अथवा अन्य आवश्यक चिकित्सीय जानकारी के बारे में डॉक्टर को सूचित किया है।

रोगी / अभिभावक का नाम: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_\_

डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

---

## इंजेक्शन संमतीपत्र (OPD) – MARATHI

मी यादवारे Gravity Hospital & Research Centre येथे डॉक्टरांनी सल्ला दिल्याप्रमाणे दिल्या जाणाऱ्या इंजेक्शन व/किंवा औषधोपचारासाठी माझी संमती देत आहे.

इंजेक्शन देण्यामागील उद्देश, त्याचे संभाव्य दुष्परिणाम तसेच संबंधित धोके मला स्पष्टपणे आणि माझ्या समजेल अशा भाषेत समजावून सांगण्यात आले आहेत.

सर्व आवश्यक खबरदारी घेतली असली तरी काही वेळा प्रतिकूल प्रतिक्रिया किंवा गुंतागुंत उद्भव शकते, याची मला जाणीव आहे.

इंजेक्शन घेण्यापर्यंत माझ्या कोणत्याही अलर्जी, पर्वी झालेल्या औषधांच्या प्रतिक्रिया किंवा इतर महत्वाच्या वैद्यकीय माहितीसंदर्भात मी डॉक्टरांना माहिती दिली असल्याची मी खात्री देत आहे.

रुग्ण / पालकांचे नाव: \_\_\_\_\_

स्वाक्षरी: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_\_\_

डॉक्टरांचे नाव व स्वाक्षरी: \_\_\_\_\_