



DIGITAL CONSENT FORM

Department: _____

Date: ____ / ____ / ____

1. LOW GENERAL CONDITION / POOR PROGNOSIS CONSENT

The patient admitted under our care is currently in a **serious and critical medical condition** due to the following reasons:

We have been clearly informed that the patient's condition may deteriorate at any time and that there is a possibility of **sudden life-threatening complications or death**.

The nature of the illness, expected outcome, possible complications, and limitations of treatment have been **fully explained to us in a language we understand**.

We confirm that we are satisfied with the treatment being provided and that **we shall not hold the treating doctor or the hospital responsible** for any adverse outcome.

2. CONSENT FOR EMERGENCY PROCEDURE

Due to the patient's present condition, **emergency medical and/or surgical procedures** may be required.

The risks, benefits, and possible outcomes have been explained to us, and we hereby **give informed consent** for necessary emergency treatment.

3. CONSENT FOR SHIFTING TO OTHER HOSPITAL / DIAGNOSTIC CENTER

If required, we give our consent to **shift or transfer the patient** to another hospital or diagnostic center at **our own responsibility and risk**.

4. HANDING OVER OF JEWELLERY / VALUABLES

All jewellery, cash, and valuable items received from the patient or relatives have been **properly documented and safely stored** by the hospital.

The hospital shall not be held responsible for any items not declared.

5. DENIAL OF INVESTIGATION / PROCEDURE / TREATMENT

Despite understanding the necessity and importance of investigations, procedures, or treatment advised by the doctor, **we refuse the same**.

We accept **full responsibility for all consequences** arising from this decision.

6. DNR – DO NOT RESUSCITATE CONSENT

In the event of severe clinical deterioration or cardiac/respiratory arrest, we **do not wish any artificial life-saving measures** such as CPR, intubation, or ventilatory support to be initiated.

DECLARATION

We confirm that all the above information has been explained to us clearly.

We have understood the same and have given this consent **voluntarily, without any pressure**.

Relative / Attendant Name: _____

Relationship with Patient: _____

Signature / Thumb Impression: _____

Date: ____ / ____ / ____



डिजिटल संमतीपत्र

विभाग: _____

तारीख: ____ / ____ / ____

1. गंभीर अवस्था / खराब अंदाज संमतीपत्र

सदर विभागात दाखल असलेल्या रुग्णाची प्रकृती खालील कारणांमुळे अत्यंत गंभीर आहे:

आम्हाला स्पष्टपणे सांगण्यात आले आहे की रुग्णाची अवस्था कोणत्याही वेळी बिघडू शकते आणि अचानक जीवघेणी परिस्थिती किंवा मृत्यू होण्याची शक्यता आहे.

रुग्णाचा आजार, संभाव्य धोके, उपचारांच्या मर्यादा व अपेक्षित परिणाम यांची माहिती आम्हाला समजेल अशा भाषेत देण्यात आली आहे.

सदर परिस्थितीत डॉक्टर किंवा रुग्णालयाविरुद्ध आमची कोणतीही तक्रार राहणार नाही यास आम्ही सहमती देत आहोत.

2. तातडीच्या उपचारांसाठी संमती

रुग्णाच्या संध्याच्या स्थितीमुळे तातडीचे वैद्यकीय किंवा शस्त्रक्रियात्मक उपचार आवश्यक असल्यास, त्यासाठी आम्ही संमती देत आहोत.

त्याचे फायदे, धोके व परिणाम आम्हाला समजावून सांगण्यात आले आहेत.

3. इतर रुग्णालय / तपासणी केंद्रात स्थलांतरासाठी संमती

आवश्यक असल्यास रुग्णास इतर रुग्णालय किंवा तपासणी केंद्रात आमच्या जबाबदारीवर हलविण्यास आम्ही संमती देत आहोत.

4. मौल्यवान वस्तूंची सुपूर्दगी

रुग्ण किंवा नातलगांकडून प्राप्त झालेल्या सर्व मौत्यवान वस्तू, दागिने व रोख रक्कम यांची नोंद करून सुरक्षित ठेवण्यात आली आहे.

जाहीर न केलेल्या वस्तूंसाठी रुग्णालय जबाबदार राहणार नाही.

5. तपासणी / उपचार नाकारण्याची संमती

डॅक्टरांनी सुचिविलेल्या आवश्यक तपासणी किंवा उपचारांची माहिती समजून घेतल्यानंतरही आम्ही ते नाकारत आहोत.

यामुळे उद्भवणाऱ्या सर्व परिणामांची पूर्ण जबाबदारी आम्ही स्वीकारत आहोत.

6. DNR – जीवनरक्षक उपचार नको (Do Not Resuscitate)

रुग्णाची प्रकृती अत्यंत गंभीर झाल्यास **CPR**, व्हेंटिलेटर किंवा इतर कृत्रिम जीवनरक्षक उपचार करू नयेत, यासाठी आम्ही संमती देत आहोत.

जाहीरनामा

वरील सर्व माहिती आम्हाला स्पष्टपणे समजावून सांगण्यात आली आहे.
कोणताही दबाव न आणता आम्ही ही संमती स्वेच्छेने देत आहोत.

नातलगाचे नाव: _____

रुग्णाशी नाते: _____

स्वाक्षरी / अंगठा: _____

तारीख: ____ / ____ / ____



डिजिटल सहमति पत्र

विभाग: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

1. गंभीर स्थिति / खराब रोग-निदान सहमति पत्र

विभाग में भर्ती रोगी की स्थिति निम्न कारणों से अत्यंत गंभीर है:

हमें स्पष्ट रूप से बताया गया है कि रोगी की हालत किसी भी समय बिगड़ सकती है तथा अचानक जानलेवा स्थिति या मृत्यु की संभावना हो सकती है।

रोग की प्रकृति, संभावित जोखिम, उपचार की सीमाएँ एवं परिणाम हमें पूर्ण रूप से समझाए गए हैं।
इस स्थिति में डॉक्टर या अस्पताल के विरुद्ध हमारी कोई शिकायत नहीं होगी, इसके लिए हम सहमत हैं।

2. आपातकालीन उपचार हेतु सहमति

रोगी की वर्तमान स्थिति को देखते हुए आपातकालीन चिकित्सा अथवा शल्य प्रक्रिया आवश्यक होने पर हम इसके लिए पूर्ण सहमति प्रदान करते हैं।

इसके लाभ, जोखिम एवं संभावित परिणाम हमें समझाए गए हैं।

3. अन्य अस्पताल / जांच केंद्र में स्थानांतरण हेतु सहमति

आवश्यकता पड़ने पर रोगी को अन्य अस्पताल या जांच केंद्र में अपनी जिम्मेदारी पर स्थानांतरित करने की हम सहमति देते हैं।

4. आभूषण एवं कीमती वस्तुओं की सुपुर्दग्गी

रोगी अथवा परिजनों से प्राप्त सभी आभूषण, नकद एवं कीमती वस्तुएँ दर्ज कर सुरक्षित रखी गई हैं।
घोषित न की गई वस्तुओं के लिए अस्पताल जिम्मेदार नहीं होगा।

5. जांच / उपचार से इनकार

डॉक्टर द्वारा सुझाए गए आवश्यक जांच या उपचार को समझने के बावजूद हम उसे अस्वीकार करते हैं। इसके परिणामों की पूर्ण जिम्मेदारी हम स्वयं लेते हैं।

6. DNR – पुनर्जीवन न करने की सहमति

रोगी की स्थिति अत्यंत गंभीर होने पर **CPR**, वैटिलेटर अथवा अन्य कृत्रिम जीवनरक्षक उपचार न किए जाएँ, इसके लिए हम सहमति देते हैं।

घोषणा

उपरोक्त सभी जानकारी हमें स्पष्ट रूप से समझाई गई है।
हम बिना किसी दबाव के यह सहमति स्वेच्छा से प्रदान कर रहे हैं।

परिजन का नाम: _____

रोगी से संबंध: _____

हस्ताक्षर / अंगूठा निशान: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____