

Gravity Hospital & Research Centre – CONSENT FOR DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE (DAMA / LAMA)

Address: Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad, Maharashtra 411062

Mob.: +91 1234567890

Email: support@gravityhospital.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 language and manner that I clearly understand that the medical condition of the patient Mr./Mrs. _____ is serious and that discharge of the patient at this stage may pose a significant risk to the health and/or life of the patient.

Despite understanding the seriousness of the patient's condition and the medical advice provided by the treating doctor, we have voluntarily decided to get the patient discharged from Gravity Hospital & Research Centre against medical advice.

I, _____, hereby take full responsibility for getting the patient Mr./Mrs. _____ discharged against medical advice and at our own risk.

I clearly understand that the present condition of the patient, possible complications, and consequences including deterioration of health or death have been explained to me in detail.

I further declare that neither the hospital, nor its doctors, nurses, staff, or management shall be held responsible or liable for any outcome arising after such discharge.

Consent of Patient

Role	Name	Signature	Date	Time
------	------	-----------	------	------

e

Patient

Witness

Doctor

Interpreter

2. CONSENT OF PATIENT REPRESENTATIVE / SURROGATE (ENGLISH)

The patient is unable to give valid consent due to being a minor / unconscious / of unsound mental condition.

I, _____ (Name & Relationship to Patient), hereby provide consent on behalf of the patient for discharge against medical advice.

I acknowledge that I have discussed this decision in detail with the treating doctor or authorized hospital representative and fully understand the medical risks, legal implications, and possible consequences of this discharge.

Role	Name	Signature	Date	Time
------	------	-----------	------	------

e

Patient's
Representative

Witness

Doctor

Interpreter

वैद्यकीय सल्ल्याविरुद्ध डिस्चार्ज संमतीपत्र (HINDI – FULL & ELABORATIVE)

मुझे स्पष्ट रूप से और मेरी समझ की भाषा में यह समझाया गया है कि रोगी श्री/श्रीमती _____ की वर्तमान चिकित्सा स्थिति गंभीर है और इस अवस्था

मैं अस्पताल से छुट्टी (डिस्चार्ज) लेना रोगी के जीवन एवं स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा उत्पन्न कर सकता है।

उपचार कर रहे डॉक्टर द्वारा दी गई संपूर्ण चिकित्सा सलाह, संभावित जटिलताओं एवं परिणामों को समझने के बावजूद, हमने अपनी इच्छा से रोगी को Gravity Hospital & Research Centre से चिकित्सीय सलाह के विरुद्ध छुट्टी लेने का निर्णय किया है।

मैं, _____, पूर्ण जिम्मेदारी के साथ यह घोषणा करता/करती हूँ कि रोगी श्री/श्रीमती _____ को चिकित्सीय सलाह के विरुद्ध, अपने जोखिम पर अस्पताल से डिस्चार्ज कराया जा रहा है।

मुझे रोगी की वर्तमान स्थिति, संभावित दुष्परिणाम, स्वास्थ्य बिगड़ने या मृत्यु की संभावना के बारे मैं विस्तार से बताया गया है। मैं यह भी स्वीकार करता/करती हूँ कि इस निर्णय के पश्चात उत्पन्न होने वाले किसी भी परिणाम के लिए अस्पताल, डॉक्टर, नर्सिंग स्टाफ या प्रबंधन जिम्मेदार नहीं होंगे।

रोगी की संमती

भूमिका नाम हस्ताक्षर दिनांक समय

रोगी

साक्षी

डॉक्टर

दुभाषिया

■ रुग्ण प्रतिनिधि / पालकाची संमती (MARATHI – FULL & ELABORATIVE)

मला स्पष्टपणे आणि समजेल अशा भाषेत सांगण्यात आले आहे की रुग्ण श्री/श्रीमती _____ यांची संध्याची वैद्यकीय प्रकृती अत्यंत गंभीर असून या अवस्थेत रुग्णालयातून डिस्चार्ज घेणे रुग्णाच्या आरोग्यास किंवा जीवाला धोका निर्माण करू शकते.

उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांनी दिलेली संपूर्ण माहिती, संभाव्य गुंतागुंत व परिणाम समजून घेतल्यानंतरही, आम्ही आमच्या इच्छेने Gravity Hospital & Research Centre मधून वैद्यकीय सल्ल्याविरुद्ध रुग्णास डिस्चार्ज घेण्याचा निर्णय घेतला आहे.

मी, _____, संपूर्ण जबाबदारी स्वीकारून जाहीर करतो/करते की रुग्ण श्री/श्रीमती _____ यांना माझ्या जबाबदारीवर व स्वतःच्या जोखमीवर डिस्चार्ज करून नेण्यात येत आहे.

रुग्णाच्या संध्याच्या प्रकृतीमुळे उद्भव शकणारे सर्व धोके, आजार वाढणे किंवा मृत्यूची शक्यता मला स्पष्टपणे समजावन सांगण्यात आली आहे. या निर्णयामुळे उद्भवणाऱ्या कोणत्याही परिणामासाठी रुग्णालय, डॉक्टर, कर्मचारी किंवा व्यवस्थापन जबाबदार राहणार नाहीत, यास मी सहमती देत आहे.

रुग्ण / नातेवाईकांची संमती

भूमिका नाव स्वाक्षरी तारीख वेळ

रुग्ण

साक्षीदार

डॉक्टर

दुभाषक
