

NEWBORN BABY CONSENT FORM

I hereby give my consent for medical examination, treatment, and any necessary medical procedures for my newborn baby at Gravity Hospital & Research Centre.

I understand that emergency procedures may be carried out if required for the health, safety, or life of my newborn baby.

The doctor has explained to me the nature of the proposed treatments, along with their risks, benefits, and available alternatives, in a language I understand.

I also consent to vaccination, blood investigations, imaging studies, and other routine neonatal care as advised by the attending doctor.

Patient / Guardian Name: _____

Signature: _____

Date: _____

Doctor Name & Signature: _____

नवजात शिशु सहमति पत्र

मैं एतद् द्वारा Gravity Hospital & Research Centre में मेरे नवजात शिशु की चिकित्सीय जाँच, उपचार तथा आवश्यक चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे नवजात शिशु के स्वास्थ्य, सुरक्षा या जीवन की रक्षा हेतु आवश्यक होने पर आपातकालीन प्रक्रियाएँ की जा सकती हैं।

डॉक्टर द्वारा प्रस्तावित उपचारों की प्रकृति, उनके लाभ, जोखिम तथा उपलब्ध विकल्पों के बारे में मुझे स्पष्ट रूप से समझाया गया है।

मैं टीकाकरण, रक्त जांच, इमेजिंग परीक्षण तथा अन्य नियमित नवजात देखभाल प्रक्रियाओं के लिए भी अपनी सहमति देता/देती हूँ, जैसा कि चिकित्सक द्वारा सलाह दी जाएगी।

रोगी / अभिभावक का नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: _____

डॉक्टर का नाम एवं हस्ताक्षर: _____

नवजात बाळ संमतीपत्र

मी याद्वारे Gravity Hospital & Research Centre येथे माझ्या नवजात बाळाच्या वैद्यकीय तपासणी, उपचार तसेच आवश्यक वैद्यकीय प्रक्रियांसाठी माझी संमती देत आहे.

माझ्या नवजात बाळाच्या आरोग्य, सुरक्षितता किंवा जीव वाचवण्यासाठी आवश्यक असल्यास आपत्कालीन वैद्यकीय प्रक्रिया केल्या जाऊ शकतात, याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

सुचविण्यात आलेल्या उपचारांचे स्वरूप, त्यांचे फायदे, धोके तसेच पर्यायी उपचारपद्धती याबाबत डॉक्टरांनी मला सविस्तर माहिती दिली असून ती मला समजली आहे.

डॉक्टरांच्या सल्ल्यानुसार लसीकरण, रक्त तपासण्या, इमेजिंग चाचण्या तसेच इतर नियमित नवजात बाळाच्या देखभालीसाठी मी माझी संमती देत आहे.

रुग्ण / पालकांचे नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

दिनांक: _____

डॉक्टरांचे नाव व स्वाक्षरी: _____