LADY READING HOSPITAL
MEDICAL TEACHING INSTITUTION
PESHAWAR, KP

Pt.Name:	
Diagnosis:	
Department:	
MR #:	
Consultant:	
Date:	

CONSENT FOR MEDICAL / SURGICAL PROCEDURE AND ACKNOWLEDGEMENT RECEIPT INFORMATION

I hereby authorized and direct.. With associates or assistants of his choice to perform upon

Me / the patient (Name...M.R. No... The following diagnostic, medical or surgical prosedure...including any necessary or advisable anesthesia.

I further authorize the doctors to perform any other procedure that in their judgement is advisable for my well being. This operation has been explained to me. Alternate methods of treatment, if any, have also been explained to me, as have the advantages and disadvantages of each, I ma advised that though good result are expected the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that therefore there can be no guarantee as expressed or implied either as to the result of the medical procedure or as to care.

In generals terms, the nature and purpose of this operation or medical procedure is:

....

....

....

I hereby authorized and direct the above named physician with associates or assistants to provide such additional services as they may deem
reasonable and necessary including but no limited to, the administration of any anesthetic agent. Or services of the x-ray department or laboratories and I hereby consent there to I hereby state that I have read and understand this consent, All questions about procedure or procedures have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature. This from is valid until revoked by me in writing.

Signature of Patient:______________________________Date:____________________Time:______________am / pm

Signature of Relative:______________________________

(where Required):________________________________

Witness:_______________________________________

Signature of Representative:_______________________

(where Required):________________________________

I certify that all blanks in this from were filled in prior to sinature and I explained them to the patient or his representative before requesting the patient or his representative to sign it.

____

(Signature of the above Name Physician)

Scanned by Easy Scanner

آمادگی برائے میڈیکل / سرجیکل طریقہ علاج اور
رسید برائے وصولیابی اطلاعت

۱۔ میں اجازت دیتا / دیتی ہوں ---------------------------- بشمول ان کے پسندیدہ معاونین

اور مددگاروں کے کہ وہ میرا / مریض (نام ---------------------- میڈیکل ریکارڈ نمبر ------------------) کا

درج ذیل تشخیصی میڈیکل یا سرجیکل طریقہ علاج بشمول ضروری و مناسب بے ہوش کرنے کی دوا بروئے کار لائیں۔

میں ڈاکٹروں کو اس امر کی بھی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ کوئی بھی ایسا طریقہ اختیار کریں، جو میری صحت یابی میں معاون ہو۔ اس آپریشن سے متعلق مجھے تمام معلومات بہم پہنچادی گئی ہیں۔ علاج کے متبادل طریقے، اگر کوئی ہیں تو ان سے بھی آگاہ کر دیا گیا ہے مجھے سمجھا دیا گیا ہے کہ علاج کے دوران پیش آمدہ مشکلات کے امکانات اور نوعیت سے متعلق اس وقت کوئی حتمی رائے نہیں دی جا سکتی لہذا یہ کہ علاج کے نتائج یا صحت کے بارے میں واضح طور پر کوئی یقین دہانی نہیں کرائی جا سکتی۔

۲۔ عام فہم اصطلاحات میں اس آپریشن اور طبی طریقہ علاج کی صورت میں حال اور مقصد یہ ہے کہ --------------------------

----

میں درج بالا ڈاکٹر کو بشمول ان کے معاونین اور مددگاروں کے، اس امر کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ ایسی اضافی خدمات مہیا کریں، کہ جنہیں وہ ضروری اور مناسب تصور کرتے ہیں۔ وہ کسی تخصیص کے بغیر کے بے ہوش کرنے والے کسی بھی ذرائع، ایکسرے کے شعبہ یا لیبارٹری کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں۔ اور ان تمام امور سے متعلق میں اپنی آمدگی کا اظہار کرتا / کرتی ہوں میں اس امر کا اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ میں نے یہ آمادگی پڑھ اور سمجھ لی ہے۔ علاج کے طریقہ یا طریقوں سے متعلق پوچھے گئے تمام سوالات کے اطمینان بخش جواب دیئے گئے ہیں۔ یہ تمام خالی جگہیں میرے دستخط ثبت کرنے سے قبل پر کی گئی تھیں۔ آمادگی کا یہ فارم موثر رہے گا۔ تاوقتیکہ میں تحریری طور پر اسے منسوخ نہ کر دوں۔

مریض کے دستخط ---------- تاریخ ------------------ وقت ---------- قبل از دوپہر / بعد از دوپہر

رشتہ دار کے دستخط --------------------------

(جہاں ضرورت ہوں) --------------------------

نمائندے کے دستخط --------------------------

(جہاں ضرورت ہوں) --------------------------

گواہ شدہ --------------------------

میں تصدیق کرتا / کرتی ہوں کہ فارم کی تمام خالی جگہیں دستخط سے قبل پر کر دی گئی تھیں، میں نے مریض کے نمائندے سے دستخط ثبت کرنے سے قبل تمام امور کی تفصیلی وضاحت بہم پہنچادی تھی۔

مذکورہ بالا ڈاکٹر کے دستخط: تاریخ:

Scanned by Easy Scanner