

## सहमति फार्म (Consent Form)

(For "anti-piles complete resolution" treatment only)

मरीज की सामान्य सूचनाएं (Participation Basic Information of Patient )

नाम (Name) ..... आयु (Age).....

लिंग (Sex)..... धर्म (Religion).....

शिक्षा (Education)..... ग्रामीण/शहरी (Rural/Urban).....

विवाहित/अविवाहित (Married/Unmarried)..... व्यवसाय (Occupation).....

### सूचित सहमति का दस्तावेज़ीकरण

मैं, .....पुत्र/पुत्री श्री.....यह घोषणा करता या करती हूँ की इस रूप में जानकारी को मेरे द्वारा पढ़ लिया गया है (या मुझे पढ़ा दिया गया है) . मैं किसी भी सवाल को पूछने की लिए स्वतंत्र था/थी और मुझे उचित जवाब दे दिया गया है. मेरी उम्र 18 वर्ष से अधिक है और मैं अपनी इच्छा से "एंटी पाइल्स कम्प्लीट रेसोल्यूशन " के उपचार के लिए सहमति व्यक्त करता/ करती हूँ; जो की मनी बैक गारंटी (पेशेंट द्वारा भरे गये रजिस्ट्रेशन फॉर्म में लागू सभी नियम व शर्तों के अधीन) के साथ किया जा रहा है।

उपचार शुल्क ..... जमा राशी..... बकाया राशी.....

नकद प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर  
(Sign. Of Cash Receiver).....

रोगी या परिजन के हस्ताक्षर

चिकित्सक या उनके प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

नाम .....

नाम .....

दिनांक..... समय.....

दिनांक..... समय.....

पता.....