

रुग्णाचे संमतीपत्र

मी खाली सही करणार पूर्णपणे शुद्धीवर असतांना घोषित करतो की, मला छ.शा.म.शि. संस्था संचालित दंत महाविद्यालय व रुग्णालय येथे देण्यात येणारे उपचार व त्याचे परिणाम समजावून सांगण्यात आलेले आहेत ते मला पटलेले असून या रुग्णालयाच्या विविध विभागामध्ये माझ्या राजी - खुषीने मी स्वतःचे / माझ्या पाल्याचे / माझ्या मुलीचे / माझ्या मुलाचे उपचार चालु असतांना किंवा तदनंतरच्या परिणामास मी चिकित्सालयास किंवा दंतशल्य चिकित्सकास किंवा भूल देणाऱ्या डॉक्टरास जबाबदार किंवा दोषी ठरवणार नाही. मला माहित आहे की, ही संस्था शिक्षण देण्यासाठी हे दंत रुग्णालय चालविते आणि येथे विद्यार्थी मार्गदर्शनाखाली काम करतात. उपचार घेत असतांना किंवा तदनंतरच्या परिणामास दंशशल्य चिकित्सक किंवा प्रशिक्षणार्थी दोषी ठरवणार नाही.

I the undersigned Mr./Mrs./ Miss. _____

Consent the performance upon myself the various diagnostic & operative procedures pertaining to dentistry I also consent to the administration of such anaesthetics and anaesthetic techniques as may be considered necessary or advisable by the dental surgeon / anaesthetist.

I understand that this is a dental institution and work will be carried out by student trainee under supervision, Neither the doctor nor the student trainee, will be held responsible for any untoward effects during & after the treatment procedures and they will not be held liable to any damages.

दिनांक: / /२०

रुग्णाची / पालकाची सही / अंगठा
Signature / Thumb impression