

विना सं मुक्ति

ಕಾರ್ಮಿಕರ ರಾಜ್ಯ ಭಿಕ್ಷು ನಿಗಮ ಅಸ್ತಿತ್ವ ಬಿಡುಗಡೆ
 ಕಾರ್ಮಿಕರ ರಾಜ್ಯ ಭಿಕ್ಷು ನಿಗಮ ಅಸ್ತಿತ್ವ ಬಿಡುಗಡೆ
 EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION HOSPITAL BENEVA
 (ಇಂಪಲಾಯ್ಸ್‌ಟೇಟ್ ಇನ್‌ಶೂರೆನ್ಸ್ ಕಾರ್ಪೊರೇಷನ್ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಬೆನೇವಾ)
 ಸರ್ವೆ ಸಂಖ್ಯೆ 11-55-1, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 2, 3, ಮೇನ್ ರೋಡ್ (FT ಕ್ಯಾಂಪಸ್), ಯೆಶವಂತಪುರ, ಬೆಂಗಳೂರು
 Survey No. 11-55-1, Plot No. 2, 3, Main Road (FT Campus), Yeshwanthpur, Bangalore
 ಎಂ.ಎ. ಸಂಖ್ಯೆ 11-55-1, ಪ್ಲಾಟ್ ನಂ. 2, 3, ಮೇನ್ ರೋಡ್ (FT ಕ್ಯಾಂಪಸ್), ಯೆಶವಂತಪುರ, ಬೆಂಗಳೂರು
 M.A. No. 11-55-1, Plot No. 2, 3, Main Road (FT Campus), Yeshwanthpur, Bangalore
 ಫೋನ್ ನಂ. 080-2357 9457, ಕೋಡ್: 0800222 / ಯೆಶವಂತಪುರ ಪ.ಓ., ಬೆಂಗಳೂರು-560022
 Phone No. 080-2357 9457, Code: 0800222 / Yeshwanthpur P.O., BANGALURU-560022
 High Risk C

Patient Name:

SEX:

IPB No.:

Diagnosis:

Condition of the baby explained in my own understanding language at the time of admission:

ಪ್ರವೇಶದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ತಿಳುವಳಿಕೆಯ ಭಾವದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

1. I fully understand the condition / diagnosis of the baby risk involved in the treatment complications side effects and prognosis of the baby

ಚಿಕ್ಕತನದ ತೊಂದರೆಗಳು. ಅದ್ವ. ಪರಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಮಗುವಿನ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ
ಬೆಳಗೊಂಡಿರುವ ಮಗುವಿನ ಅಪಾಯದ ಸ್ಥಿತಿ / ರೋಗನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಸುಸ್ಥ ಸಂಶೋಧಕರಿಗೆ
ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ

2. I give Consent for diagnostic / therapeutic procedure for the sake of wellness of my baby
ನನ್ನ ಮಗುವಿನ ಕ್ಷೇಮಕ್ಕಾಗಿ

ನನ್ನ ಮಗುವಿನ ಕ್ಷೇಮಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ಭೋಗನಿರ್ವಹಯ / ಚಿಕಿತ್ಸಕ ಪುಕ್ಕಿಯೆಗೆ ಬಿಡುಗಡೆಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ

3. I give consent for treatment / referral, in case of baby getting sick
ಮಗು ಬಿತ್ತಾದರೆ ಒಳಗಿನ

ಮಗು ಅನಾರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾದರೆ ನಾನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಉಲ್ಲೇಖಕ್ಕೆ ಒಪ್ಪಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

4. I do not hold any person / staff of hospital, responsible for the above and any untoward complications including death.

ಮೇಲ್ಕಂಡವುಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಾವು ಸೇರಿದಂತೆ ಯಾವುದೇ ಅಹಿತಕರ ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ನಾನು ಅಸ್ಪೃಶ್ಯ
ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ / ಸಿಬ್ಬಂದಿಯನ್ನು ಹೊಣೆಗಾರನಾಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ
I am educated in language

I have been educated in language _____ which I can well understand.

Legal Guardian/Parent Signature:

Order:

Signature of the Doctor:

Time: