



داخلہ کے لیے رضامندی

داخلہ کی تاریخ اور وقت

mm/dd/yyyy

*میڈیکل ریکارڈ نمبر

*مریض کا نام

عمر

جنس

عارضی / حتمی تشخیص

میں / ہم اس کے ذریعہ درخواست کرتے ہیں اور ڈاکٹر کی نگرانی میں _____ کے _____ کے داخلے کے بارے میں اپنی رضامندی دیتے ہیں۔

Invasive Ventilation Non Invasive Ventilation IABP Placement of Central Venous Catheters Closed Thoracostomy

Invasive Ventilation Non Invasive Ventilation IABP Placement of Central Venous Catheters Closed Thoracostomy

Invasive Ventilation Non Invasive Ventilation IABP Placement of Central Venous Catheters Closed Thoracostomy

Invasive Ventilation Non Invasive Ventilation IABP Placement of Central Venous Catheters Closed Thoracostomy

Invasive Ventilation Non Invasive Ventilation IABP Placement of Central Venous Catheters Closed Thoracostomy

مجھے / ہمیں سنگین بیماری کے انتظام میں شامل ممکنہ فوائد / خطرات کے بارے میں تفصیل سے بتایا گیا ہے۔

گواہ

تاریخ

مریض کا مجاز نمائندہ

ڈاکٹر کا نام، دستخط، مہر، تاریخ

اگر یہ نامعلوم کیس ہے۔ شفٹ ایڈمن یا میڈیکل لیگل آفیسر

جمع کرائیں