



## HOLTER MONITOR / ABPM ACCEPTANCE CONSENT

Date:

Name:

Address:

Age:

Gender:

Nationality:

MR No:

Tel/Mob:

I confirm that I received the equipment in a good working condition and I will be responsible for the loss, damage and safe return of the Holter Monitor/ABPM collected by me from the Ahalia Hospital on: .....

I confirm I will return the Holter Monitor / ABPM to the Ahalia Hospital on or before the due date being: .....

Should the Holter Monitor / ABPM be lost or damaged by negligence on my part or otherwise I understand I will be responsible for the costs incurred for repair or replacement of same.

I understand the replacement cost is approximately: ..... Rs.

I take the responsibility for the payment and acknowledge that I will be subjected to legal consequences and that is by way of both criminal and civil claim, if I do not pay the entire amount.

\_\_\_\_\_  
Patient's Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date & Time





## SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient cannot consent for him/her self, the signature of parent, health care provider, legal guardian, or Substitute Consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained.

I \_\_\_\_\_ Years old.

Do hereby declare that I am the guardian / substitute consent giver for the patient in my capacity as (Relationship)

\_\_\_\_\_

I take the responsibility for the payment and acknowledge that I will be subjected to legal consequences and that is by way of both criminal and civil claim, if I do not pay the entire amount.

I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration and consents required by the hospital as the patient is incompetent to do so.

\_\_\_\_\_  
Name of Substitute

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date & Time

### Witness

I \_\_\_\_\_ Ahalia Hospital

Employee who is not the patient's physician and I have witnessed the patient or his/her Substitute Consent Giver voluntarily sign this form.

\_\_\_\_\_  
Name of Witness

\_\_\_\_\_  
Job Title

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date & Time



# Ahalia Diabetes Hospital

ഹോസ്പിറ്റൽ ഹോണിറ്റർ/എ ബി പി എം നുള്ള സമ്മതപത്രം

Date:

Name:

Address:

Age:

Gender:

Nationality:

MR No:

Tel/Mob:

എനിക്ക് ഉപകരണങ്ങൾ \_\_\_\_\_ (തീയതി) നല്ല പ്രവർത്തന സാഹചര്യത്തിലാണ് ലഭിച്ചതെന്ന് ഞാൻ സ്ഥിരീകരിക്കുന്നു. അഹലി ഹോസ്പിറ്റലിൽ നിന്ന് ഞാൻ ഉപയോഗിച്ച ഹോസ്പിറ്റൽ / എ ബി പി എം ന്നു ഉണ്ടായ തഷ്ടം, കേടുപാടുകൾ, സുരക്ഷിതമായ തിരിച്ച വരവ് എന്നിവയുടെ ഉത്തരവാദിത്തം എനിക്കായിരിക്കും.

ഞാൻ ഹോസ്പിറ്റൽ ഹോണിറ്റർ/ എ ബി പി എം അഹലി ഹോസ്പിറ്റലിലേക്ക് \_\_\_\_\_ ഈ സമയത്തിനുള്ളിൽ തിരികെ നൽകുന്നു എന്ന് ഉറപ്പ് നൽകുന്നു.

ഹോസ്പിറ്റൽ ഹോണിറ്റർ / എ ബി പി എം തഷ്ടംകൊടുക്കുകയോ എന്റെ ഭാഗത്തെ അശ്രദ്ധമൂലം കേടുപാടുകൾ സംഭവിക്കുകയോ ചെയ്താൽ അത് തിരികെ നൽകുന്നതിനോ അല്ലെങ്കിൽ അറ്റകുറ്റപ്പണികൾ നടത്തുന്നതിനോ മാറ്റിസ്ഥാപിക്കുന്നതിനോ വേണ്ടിവരുന്ന ചെലവുകൾക്ക് ഞാൻ ഉത്തരവാദിയാണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മാറ്റിസ്ഥാപിക്കാനുള്ള ചെലവ് ഏകദേശം \_\_\_\_\_ ആണെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു. പേയ്മെന്റിന്റെ ഉത്തരവാദിത്തം ഞാൻ ഏറ്റെടുക്കുകയും ഞാൻ മുഴുവൻ തുക അടച്ചില്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്ക് വിധേയനാകുമെന്നും അത് ക്രിമിനൽ സിവിൽ ക്രൈം പ്രകാരമാണെന്നും സമ്മതിക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ പേര്: \_\_\_\_\_ ഒൻ: \_\_\_\_\_

തീയതി: \_\_\_\_\_ സമയം: \_\_\_\_\_

# SUBSTITUTE CONSENT GIVER

രോഗിക്ക് അവൻ / അവൾക്ക് വേണ്ടി സമ്മതം നൽകാൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ, രോഗിയുടെ ഒപ്പ്, ആരോഗ്യ പരിപാലന ദാതാവ്, നിയമപരമായ രക്ഷിതാവ്, അല്ലെങ്കിൽ രോഗിക്ക് വേണ്ടി പ്രവർത്തിക്കുന്ന പകരക്കാരൻ അല്ലെങ്കിൽ രോഗിയുടെ അടുത്ത ബന്ധു ചികിത്സയ്ക്ക് സമ്മതം നൽകുന്നു.

ഞാൻ \_\_\_\_\_ വയസ്സ്

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവ്/ പകരക്കാരനായി സമ്മതദാതാവ് ഞാനാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഉറപ്പ് നൽകുന്നു. \_\_\_\_\_

(ബന്ധം).

പേയ്മെന്റിന്റെ ഉത്തരവാദിത്തം ഞാൻ ഏറ്റെടുക്കുകയും ഞാൻ മുഴുവൻ തുക അടച്ചില്ലെങ്കിൽ നിയമപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങൾക്ക് വിധേയനാകുമെന്നും അത് ക്രിമിനൽ സിവിൽ ക്രൈം പ്രകാരമാണെന്നും സമ്മതിക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ താല്പര്യം കണക്കിലെടുത്തു, ഈ പ്രഖ്യാപനത്തിലും ആശുപത്രി ആവശ്യപ്പെടുന്ന സമ്മതപത്രത്തിലും ഒപ്പിടാൻ രോഗിക്ക് കഴിയാത്തതിനാൽ ഏനോട് ആവശ്യപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്.

സമ്മതദാതാവിന്റെ പേര്: \_\_\_\_\_ ഒപ്പ്: \_\_\_\_\_

തീയതി: \_\_\_\_\_ സമയം: \_\_\_\_\_

## സാക്ഷി

അപലൂ ഹോസ്പിറ്റലിലെ ജീവനക്കാരൻ/ ജീവനക്കാരി ആയ ഞാൻ \_\_\_\_\_

രോഗിയുടെ അവൻ / അവൾക്ക് പകരം സമ്മതം നൽകുന്നയാൾ ഈ ഫോമിൽ സ്വയം ഒപ്പിടുന്നതിനു സാക്ഷിയായിട്ടുണ്ട്.

സാക്ഷിയുടെ പേര്: \_\_\_\_\_ ഒപ്പ്: \_\_\_\_\_

പദവി: \_\_\_\_\_ തീയതി: \_\_\_\_\_ സമയം: \_\_\_\_\_