



INFORMED CONSENT FOR FINANCE

Name:

MR No:

Age: Sex:

Tel/ Mob:

I have been informed that there may incur an expense of around.....
 for my treatment at
 Cathlab alone and expenses for hospital services like ICU charges, room rent, medicines and those
 pertaining to additional equipments and treatments will be charged additionally. These facts have been
 explained to me in my own language and being fully aware of the facts, I / we hereby give my known
 consent to perform the.....

Name of patient: MR.No:

Name of Relative/ Guardian: Signature:

If guardian/ relative State relationship:

Name of Doctor: Signature:

Name of Witness: Signature:

Date:

Time:





Ahalia Diabetes Hospital

INFORMED CONSENT FOR FINANCE

Name: _____

MR No: _____

Age: _____

Sex: _____

Tel/ Mob: _____

എന്റെ ചികിത്സയുടെ ഭാഗമായികാത്ത്ലാബിൽ മാത്രം
 ഏകദേശം..... രൂപയും കൂടാതെ മറ്റ് ആശുപത്രി ചിലവുകളും (ഐ സി യു ചാർജ്ജ്, റൂം റെന്റ്,
 ഡെഡിസിൻസ്, ആവശ്യമെങ്കിൽ അധികമായി ഉപയോഗിക്കുന്ന ഉപകരണങ്ങളുടെയും ചികിത്സകളുടേയും ചിലവുകൾ) ഇതിനു പുറമെ വരുമെന്ന്
 അറിവുള്ളതാണ്. ഇതെല്ലാം അറിഞ്ഞുകൊണ്ട് തന്നെ ചെയ്യാൻ ഞങ്ങൾക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണ്.

രോഗിയുടെ പേര്: _____ എം. ആർ. നമ്പർ: _____

രോഗിയുടെ രക്ഷിതാവിന്റെ / ബന്ധുവിന്റെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

രക്ഷിതാവ് / ബന്ധുവാണെങ്കിൽ രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം: _____

ഡോക്ടറുടെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

സാക്ഷിയുടെ പേര്: _____ ഒപ്പ്: _____

തീയതി: _____

സമയം: _____

