

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి
మూత్రవిసర్జన గొట్టము (Foley Catheter) వేయటానికి సమ్మతి పత్రం

పేరు/వయసు:

ID:

నేను, _____, _____ అను
రోగంతో బాధపడుతున్నాను. నా వ్యాధి చికిత్సలో భాగంగా సత్య సాయి పాలియేటివ్ కేర్
సెంటర్, పుట్టపర్తి వారిచే అందించబడుతున్న మూత్రవిసర్జన గొట్టము (Foley Catheter)
ను వేపించుకొనుటకు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాను.

మూత్రవిసర్జన గొట్టము (Foley Catheter) ను వేపించుకోవటం యొక్క ప్రయోజనాలు
మరియు నష్టాలను డాక్టర్, పాలియేటివ్ కేర్ సిబ్బంది నాకు వివరించారు. వాటిని
అవగాహన చేసుకున్నాను.

నా పరిస్థితిలో నాకున్న చికిత్స అవకాశాల గురించి నాకు వివరించటం జరిగింది.

ఈ చికిత్సను ఎప్పుడైనా నిరాకరించే, లేదా ఉపసంహరించుకునే హక్కు నాకు ఉందని నేను
అర్థం చేసుకున్నాను.

రోగి సంతకం:

సాక్షి సంతకం:

సిబ్బంది సంతకం: