

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి
మార్ఫీస్ నిర్వహణకు సమ్మతి పత్రం

పేరు:

ID:

వయసు:

నేను, _____, _____ అను రోగంతో
బాధపడుతున్నాను. సెంటర్, పుట్టపర్తి వారిచే అందించబడుతున్న పాలియేటివ్ కేర్లో
భాగంగా మార్ఫీస్ మందును స్వీకరించడానికి నా అంగీకారాన్ని తెలియపరుస్తున్నాను.

మార్ఫీస్ వాడకం వల్ల కలిగే 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/సంరక్షకుడి సంతకం:

సంతకం:

సిబ్బంది