

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి  
పాలియేటివ్ కేర్లో చేరడానికి సమ్మతి పత్రం

పేరు/వయసు:

ID:

నేను, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ అను  
రోగంతో బాధపడుతున్నాను. నా వ్యాధి యొక్క లక్షణాల నిర్వహణ కోసం సత్య సాయి  
పాలియేటివ్ కేర్లో చేరడానికి నా అంగీకారాన్ని తెలియజేస్తున్నాను.

ఈ విధంగా సత్య సాయి పాలియేటివ్ కేర్లో లభించే నొప్పి నిర్వహణ, మానసిక సంరక్షణ,  
ఆధ్యాత్మిక అంశాలు వంటి పాలియేటివ్ కేర్ సేవలు అందుకునేందుకు సమ్మతిస్తున్నాను.  
పాలియేటివ్ కేర్లో వ్యాధికి సంబంధించిన చికిత్స జరగదని, వ్యాధి తాలూకు లక్షణాలకు  
మాత్రమే చికిత్స జరుగుతుందని నాకు అర్థమయ్యింది.

నా పరిస్థితిలో అందుబాటులో ఉన్న చికిత్సా ఎంపికల గురించి డాక్టర్ నాకు వివరించారు.  
నేను వాటిని అవగాహన చేసుకున్నాను.

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

రోగి/సంరక్షకుడి సంతకం:

సిబ్బంది సంతకం:

దయచేసి గమనించండి:

\* సత్య సాయి పాలియేటివ్ కేర్లో చేరడానికి ముందు ఈ పత్రంపై సంతకం చేయడం చాలా  
అవసరం.