

శ్రీ సత్యసాయి పాలియేటివ్ కేర్ సెంటర్ - పుట్టపర్తి
వైద్య సేవలు మీ ఇంటి వద్ద చేయుటకు ఇచ్చే అంగీకార పత్రం

నేను _____, (S/O, D/O, W/O) _____, ప్రాంత నివాసి
 _____, హోమ్ విసిట్/ఇంటి సందర్శనకు మరియు పాలియేటివ్ కేర్/ఉపశమన చికిత్స కొరకు ఇచ్చు
 అనుమతి పత్రం.

(పేషెంట్ అనుమతిపత్రం ఇవ్వలేని పరిస్థితిలో ఉన్నప్పుడు)

నేను _____ (S/O, D/O, W/O) _____, ప్రాంతం _____
 , పేషెంట్ /రోగి _____ (పేషెంట్ పేరు) యొక్క _____ అగు నేను పేషెంట్ తరపున హోమ్
 విసిట్ మరియు పాలియేటివ్ కేర్ చికిత్స కొరకు ఇచ్చు అంగీకారపత్రం.

1. ఇంటివద్ద వైద్యసేవలు అందించు సమయంలో నాకు డాక్టర్, నర్స్, ఫీజియోథెరపీ, కౌన్సిలింగ్, సర్వీసులు/సేవలు అనేవి వైద్య సేవకు తగినట్లుగా అందుబాటులో ఉంటాయి కానీ ప్రతీసారీ వైద్యుడు అందుబాటులో ఉండలేకపోవచ్చు అని నాకు అర్థమయింది.
2. ఇది అత్యవసర సేవ కాదని ఇంటివద్ద వైద్యసేవలు రోగి అవసరాన్ని బట్టి పాలియేటివ్ కేర్ బృందం అంచనా ప్రకారం మరియు అందుబాటును అనుసరించి ఉంటాయని అర్థమయింది.
3. చికిత్స చేసే డాక్టర్ అవసరం/ముఖ్యమైనవి అని భావించిన రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు చేయుటకు , చికిత్స, మరియు వైద్య విధానాలకు (పద్ధతులకు) నా అంగీకారం తెలియచేస్తున్నాను. చికిత్సలో భాగంగా: యూరినరీ క్యాథెటర్ అమర్చటం/మార్చటం, గాయానికీ(పుండుకు) డ్రైసింగ్ చేయటం, ఎనిమా, ఇంజెక్షన్స్ (సూదిమందు) , ఆస్పిటిక్ టాప్, స్టోమా కేర్, మాత కేర్ (నేరు శుభ్రంచేయటం), లింఫ్ ఏడీమా (వాపుల నుంచి రక్షణ), వ్యాయామం ఇంకా సంబంధిత ఇతర సేవలు ఉంటాయి.
4. ప్రాథమికంగా ఉన్న వ్యాధికి పూర్తి నివారణ ఈ సేవ ద్వారా సాధ్యం కాదు, హోమ్ కేర్ సేవల ద్వారా కేవలం వ్యాధి వలన కలుగుతున్న బాధ నుండి ఉపశమనం మరియు వీలైనంత ఓదార్పు దొరికే లాగ చేయటం అని నాకు అర్థమయింది.
5. వైద్యులు/డాక్టర్ సూచించిన విధంగా చికిత్స చేయించుకోడానికి ఇంకా భవిష్యత్తులో మరిన్ని హోమ్ కేర్ సేవ లేదా ఫోన్ ద్వారా సేవలకు అందుబాటులో ఉంటానని నేను అంగీకరిస్తున్నాను.
6. చికిత్స /వ్యాధి కి సంబంధించిన పరిణామాలకు వైద్య సిబ్బంది లేదా సేవలను భాద్యులను చేయనని అంగీకరిస్తున్నాను.

నాకు ప్రశ్నలు అడుగుటకు, సందేహాలు తీర్చుకొనుటకు అవకాశం ఇవ్వబడింది. నాకు నా మాతృభాషలో అర్థమయ్యేట్లుగా వివరించబడింది.

పేషెంట్ సంతకం/వేలిముద్ర	బంధువు/సంరక్షకుని సంతకం/వేలిముద్ర	సాక్షి నర్స్/డాక్టర్

సంప్రదించవలసిన నెంబరు.

తేదీ మరియు సమయం: