

రోగి సమ్మతి పత్రం

తేది : _____

రోగి / సంరక్షకుని పేరు:	ఓ.పి. ఐ.డి / ఆసుపత్రి ఐ.డి.:
-------------------------	------------------------------

రక్త నమూనాను సేకరించడానికి నాపై లేదా నేను చట్టపరమైన సంరక్షకునిగా ఉన్న వ్యక్తిపై పరిశీలన అధ్యయనాలు చేయడానికి నేను సమ్మతి తెలుపుతున్నాను. నేను క్రింద పేర్కొన్న విధంగా పత్రికలులో ప్రచురణల కోసం పరిశోధన ప్రయోజనాల కోసం నా వైద్య రికార్డులో సమాచారాన్ని ఉపయోగించవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ క్లినికల్ రక్తం నమూనాని సేకరించడం ద్వారా, నేను ఏ పార్టీ నుండి ఎలాంటి చెల్లింపును అందుకోలేదు. రక్త నమూనాను సేకరించడానికి సమ్మతిని తిరస్కరించడం నేను పొందే వైద్య సంరక్షణను ఏ విధంగానూ ప్రభావితం చేయదు.

దిగువ ఈ పత్రంపై సంతకం చేయడం ద్వారా, ఈ సమ్మతి పత్రం నాకు అర్థమయ్యే రీతిలో నాకు వివరించబడిందని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి/గార్డియన్ సంతకం:	చిరునామా మరియు సంప్రదించవలసిన ఫోను నెం.
-----------------------	--

రోగి సమ్మతి పత్రం

తేది : _____

రోగి / సంరక్షకుని పేరు:	ఓ.పి. ఐ.డి / ఆసుపత్రి ఐ.డి.:
-------------------------	------------------------------

కణ నమూనాను సేకరించడానికి నాపై లేదా నేను చట్టపరమైన సంరక్షకునిగా ఉన్న వ్యక్తిపై పరిశీలన అధ్యయనాలు చేయడానికి నేను సమ్మతి తెలుపుతున్నాను. నేను క్రింద పేర్కొన్న విధంగా పత్రికలులో ప్రచురణల కోసం పరిశోధన ప్రయోజనాల కోసం నా వైద్య రికార్డులో సమాచారాన్ని ఉపయోగించవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ క్లినికల్ కణజాలం నమూనాని సేకరించడం ద్వారా, నేను ఏ పార్టీ నుండి ఎలాంటి చెల్లింపును అందుకోలేదు. కణజాలం నమూనాను సేకరించడానికి సమ్మతిని తిరస్కరించడం నేను పొందే వైద్య సంరక్షణను ఏ విధంగానూ ప్రభావితం చేయదు.

దిగువ ఈ పత్రంపై సంతకం చేయడం ద్వారా, ఈ సమ్మతి పత్రం నాకు అర్థమయ్యే రీతిలో నాకు వివరించబడిందని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి/గార్డియన్ సంతకం:	చిరునామా మరియు సంప్రదించవలసిన ఫోను నెం.
-----------------------	--