

MAULANA AZAD INSTITUTE OF DENTAL SCIENCE  
M.A.M.C. CAMPUS, B.S. ZAFER MARG, NEW DELHI-110002

शल्य चिकित्सा के लिए सहमति की सूचना

मैं [REDACTED] दिनांक [REDACTED] [REDACTED] आज़ाद दंत विज्ञान संस्थान के द्वारा [REDACTED] के द्वारा [REDACTED] तावित योजना के बारे में समझा दिया गया है, और यह शल्य चिकित्सा मेरे डाक्टर द्वारा सुझाया गया है।

मुझे अन्य दूसरे उपचारों के बारे में भी बता दिया गया है और मैं किसी अन्य उपचार लेने के लिए इच्छुक नहीं हूँ। मैंने यह समझ लिया है कि ऐसी उलझनों का मूल्यांकन, चिकित्सीय उपचार एवम अतिरिक्त शल्य चिकित्सा प्रक्रिया भी सहायक के जोखिम पर किया जा सकता है।

शल्य चिकित्सा के लिए प्रस्तावित बेहोशी की योजना, उसके लाभ एवम जोखिम के बारे में मुझे बेहोशी के डाक्टर द्वारा समझा दिया गया है। मेरी दूसरी बीमारी जो कि [REDACTED] है, को देखते हुये डॉक्टर ने मुझे अतिरिक्त शल्य चिकित्सा एवम बेहोशी सम्बन्धित अतिरिक्त जोखिम के बारे में भी समझा दिया है।

मैं पूरी तरह से समझ गया हूँ कि मेरी शल्य चिकित्सा एक टीम वर्क है और इसमें डॉक्टर दूसरे सदस्यों की सेवा भी ले सकते हैं जिनमें नर्सिंग स्टाफ तथा चिकित्सा से सम्बन्धित दूसरे लोग भी शामिल हैं।

मुझे मेरे द्वारा पूछे गये सवालों के जवाब दे दिया गया है और जो जानकारी इस सम्बन्ध में मुझे दी गयी थी उसके लिए मुझे इस बारे में सोचने का समय भी दिया गया। अपने पूरे होशोहवास में, मैंने बताई गई शल्य चिकित्सा कराने की प्रक्रिया का निर्णय लिया और इस सम्बन्ध में मैंने अपनी पूर्ण सहमति दे दी है।

Date/तिथि: 5/7/2009  
Signature/हस्ताक्षर: [REDACTED]  
Name/नाम: [REDACTED]  
Address/पता: [REDACTED]  
Contact No./दूरभाष नं.: 9821653473

Witness Name/गवाह  
Signature/हस्ताक्षर:  
Name/नाम:  
Relationship/संबंध:  
Address/पता: RL-2

Contact No./दूरभाष नं.: 8509509243

उपरोक्त पर्याप्त जानकारी के अनुसार मरीज की आयु एवम रोगी की मानसिक स्थिति को देखते हुये मैं रोगी की जो शल्य चिकित्सा [REDACTED] [REDACTED] 2 नोन्स, आयु-15 होनी है, मैं इसके लिए अपनी सहमति प्रदान करता/करती हूँ। (रोगी से सम्बन्ध [REDACTED])

Date/तिथि: 5/7/2009  
Signature/हस्ताक्षर: [REDACTED]  
Name/नाम: [REDACTED]  
Address/पता: [REDACTED]

Witness Name/गवाह  
Signature/हस्ताक्षर:  
Name/नाम:  
Relationship/संबंध:

Contact No./दूरभाष नं.: 8509509243

Address/पता: 169-B, [REDACTED]

Contact No./दूरभाष नं.: 7428162160

FACULTY OF DENTISTRY  
JAMIA MILLIA ISLAMIA

DEPARTMENT OF ORTHODONTICS & DENTOFACIAL ORTHOPAEDICS  
ORTHODONTIC TREATMENT CONSENT FORM

To be signed by the patient/parent/guardian

I, [REDACTED] fully understand that I/ my ward  
[REDACTED] needs Orthodontic treatment.

I have also understood the following regarding the orthodontic treatment procedure:

1. Teeth may be extracted during or before the start of orthodontic treatment.
2. Records including photographs, dental models and radiographs will be taken at regular intervals to assess the treatment progress. I understand that these records may be used for any research work or for publication.
3. The estimated duration of treatment will be about 2 – 3 years which may vary according to the severity of the case, followed by a retention period of 1-2 years.
4. The treatment duration may be prolonged if the patient fails to meet appointments or if he/ she does not follow the treating doctor's instructions or does not wear elastics/any other appliances/ headgears as instructed.
5. During the course of treatment, pain and discomfort of teeth and soft tissue may occur. Mobility of teeth, gum swelling, stains or cavities may also occur if proper oral hygiene is not maintained.
6. Unfavourable consequences such as pain or clicking in the TMJ region or shortening of tooth roots may also be encountered during treatment.
7. There may be a total relapse of treatment if retainers are not worn for the required period of time or if deleterious habits persist after the completion of treatment.
8. Accidental breakage of brackets or wires will not be the responsibility of the treating doctor and will be charged extra.

Patient Name: [REDACTED]

Parent/Guardian Name: [REDACTED]

Patient/Parent/Guardian Signature: [REDACTED]

Postal Address: [REDACTED]