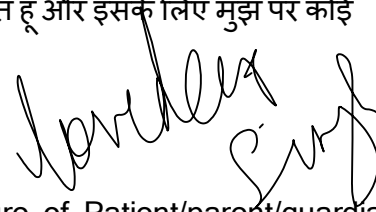


Annexure I

Patient consent form/रोगी सहमति प्रपत्र

1. Name of the patient/रोगी का नाम : [REDACTED]
2. Date of birth/जन्म की तारीख : [REDACTED]
3. Sex/लिंग : [REDACTED]
4. Any history of orthodontic treatment/रूढ़िवादी उपचार का कोई इतिहास :
[REDACTED]
5. Any relevant medical or surgical history/कोई भी प्रासंगिक चिकित्सा / सर्जिकल इतिहास : operated for acute appendicitis at [REDACTED] / had [REDACTED] with respect to left [REDACTED] [REDACTED]
6. Family history/परिवार के इतिहास : father has diabetes and high bp , [REDACTED] [REDACTED]

I understand the treatment and scanning procedure to be undertaken for the present study and have been explained in detail about the same. I agree to participate willingly, and no pressure has been posed on me for same. मैं वर्तमान अध्ययन के लिए किए जाने वाले उपचार और स्कैनिंग प्रक्रिया को समझता हूँ और उसी के बारे में विस्तार से बताया गया है। मैं स्वेच्छा से भाग लेने के लिए सहमत हूँ और इसके लिए मुझ पर कोई दबाव नहीं डाला गया है।


Signature of Patient/parent/guardian

माता-पिता / अभिभावक का हस्ताक्षर