

HOSPITAL, TOLLYGUNGE, KOLKATA-33

MEDICINE SLIP

Bobul Pradhan Date: 9.8.18

Supply emergency medicine:

9/8
Issued by
Pradhan

NAME: Spandan
STAFF NURSE
WARD 9
M R Bangur Hospital

[Handwritten Signature]

Signature of MO / HMO / DNB, PGT

CT-Scan

Diagnostic Lab

7/1 Sex: M

le

9/8
A.R.

[Handwritten Signature]
Superintendent

CENTRE PVT. LTD
COMPANIES
Company

BRANCH MRBH

Date _____
Age _____ Sex _____
P.S. _____
Phone No. _____

Time _____

CT Scan

Consent / সম্মতিপত্র

I, the above patient do CT Scan done with Contrast/ Sedation/FNAC. I have been explained by Spandan Authority about the risk of the aforesaid procedures. The Spandan Authority including it's doctor will not be responsible if any mishap/accident/death occurs during the operation of the machine and CT Scan procedures.

আমি শ্রী/শ্রীমতী
কনট্রাস্ট/সিডেশন/এফ.এন.এ.সি দ্বারা উপরোক্ত রোগীর সি.টি. স্ক্যান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমাকে উল্লিখিত বিষয়সমূহের ঝুঁকি সম্বন্ধে সম্যকভাবে স্পন্দন কর্তৃপক্ষ দ্বারা অবহিত করা হয়েছে।
এই পদ্ধতির পরিচালনের সর্বপ্রকার পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া, এমনকি গুরুতর প্রতিক্রিয়া, দুর্ঘটনা ও মৃত্যুর কথা জানিয়াও স্পন্দনের এই ব্যবস্থার মধ্যে কনট্রাস্ট/সিডেশন/এফ.এন.এ.সি দ্বারা সি.টি. স্ক্যান করাইতে সম্মতি দিতেছি।
কোনোরকম দুর্ঘটনা ঘটিলে স্পন্দন ডায়াগনোস্টিক/ ডাক্তার/ হাসপাতাল দায়ী থাকবেন না।

Witness: Signature with address:

Signature of Patient / Relatives:

AREA OF PARTICULAR INTEREST

CLINICAL SUMMARY