

SPANDAN DIAGNOSTIC CENTRE PVT. LTD. Rampurhat Health District Hospital

Birbhum - 731224.

(A Joint Venture Project With Dept. Of Health & Family Welfare, Govt. Of West Bengal)
Phone: 9775215184

Reg/Bill No: _____ Scan No. _____ Billing Date: _____

Patient Name: Mousumi Saha Age: 58/A

Address At: Radhapor P.O: _____

P.S.: _____ Dist.: _____ Phone: _____ Appointment Date: _____

Appointment Time: _____ Ref. Doctor: _____

PART TO BE SCANNED :

AREA OF PARTICULAR INTEREST

CLINICAL SUMMERY

Signature of Consultant / Radiographer

I, Shri/Smt,

(Consent)

_____ hereby give consent to do CT Scan with Contrast/Sedation/FNAC. That I have been explained by Spandan Authority about the risk of the afforested procedures.

The Spandan Authority including its doctors will not be responsible if any mishap/accident/death occurs during the operation of the machine and it's procedures in the premises.

There are no such element in the body attracted which is not attracted by magnet or pacemaker with me/my patient. After knowing everything, giving consent and signed.

আমি শ্রী/শ্রীমতী

কনট্রাস্ট/সিডেশন/এফ এন.এ. সি দ্বারা উপরোক্ত রোগীর সি.টি স্ক্যান করার অনুমতি দিচ্ছি। আমাকে উল্লিখিত বিষয় সমূহের

ঝুঁকি সম্বন্ধে সম্যকভাবে স্পন্দন কর্তৃপক্ষ দ্বারা অবহিত করা হয়েছে।

এই পদ্ধতির পরিচালনের সর্বপ্রকার পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া, এমনকি গুরুতর প্রতিক্রিয়া, দুর্ঘটনা ও মৃত্যুর কথা জানিয়া ও স্পন্দনের এই

ব্যবস্থার মধ্যে কনট্রাস্ট/সিডেশন/এফ এন.এ. সি দ্বারা সি.টি স্ক্যান করাইতে সম্মতি দিতেছি।

কোনোরকম দুর্ঘটনা ঘটিলে স্পন্দন ডায়াগনোস্টিক / ডাক্তর / হাসপাতাল দায়ী থাকবেন না।

Witness: Signature with Address

Signature of Patients Relatives: