



ARAVIND EYE HOSPITAL
& POSTGRADUATE INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

M.R. No. _____

Date of Admission : _____

Discharge _____

In - Patient Record

Name : _____ Age : _____ Sex : M/F

Address _____

Diagnosis

Diagnostic Code No.

RE

LE

Admitted for :

Treatment / Surgery Code No.

Treatment / Surgery

Pre-Operative Instructions

Asthmatic

Hypertensive

Diabetic

Cardiac

Allergic to

Others

Remarks :

Authorisation for giving Anaesthesia and doing Operation

I hereby agree whole heartedly for performing operation and / or giving anaesthesia in Aravind Eye Hospital, Madurai for the undermentioned patient. If anything untoward happens during the course of anaesthesia and / or operation, I also admit that neither the hospital administration nor the doctors and other employees of the hospital will be held responsible for the same.

Name of the Patient : _____

Date : _____

Signature _____
Patient / Parents / Guardian

அறுவை சிகிச்சை, மயக்க மருந்து கொடுப்பதற்கு அனுமதி

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனையில் சிகிச்சைக்கு ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்ட நோயாளிக்கு இந்த மருத்துவமனையில் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யவும், மயக்க மருந்து கொடுக்கவும், இதன் மூலம் என்னுடைய சம்மதத்தை மனப்பூர்வமாக தெரிவித்துக் கொள்வதுடன் இதில் ஏதாவது அசம்பாவிதம் ஏற்படுமாயின் இதற்கு ஆஸ்பத்திரி நிர்வாகமோ, வேலை பார்க்கும் டாக்டர்களோ மற்றும் சிப்பந்திகளோ பொறுப்பாளியாகமாட்டார்கள் என்பதையும் அறிவித்துக் கொள்கிறேன்.

Please translate this text in your local language and carry the same on this page

நோயாளியின் பெயர் _____

தேதி : _____

கையொப்பம் : _____

நோயாளி / பெற்றோர் / பொறுப்பாளர்