



ALAKANANDA DUTT

MD Psychiatry (PGIMER, Chandigarh)

Aspiration Arati, Flat 3A 10 Cornfield road Kolkata 700019

drdutt.20chamber@gmail.com

9831070821 (For Emergency : 8PM - 9PM)

9831400821 (For Appointment : Monday - Saturday, 11am - 5pm)

Reg No : 59842 of WBMC

অনুমতি পত্র

আমি _____, পিতার নাম _____

_____ এই বিষয়ে অবগত যে, আমি টেলিমেডিসিন সম্পর্কিত প্রদত্ত তথ্য বুঝতে পেরেছি। আমি এই পদ্ধতিতে আমার মানসিক স্বাস্থ্যসেবার জন্য টেলিসাইকিয়াট্রি পরামর্শ ব্যবহারের ক্ষেত্রে আমার সম্মতি দিচ্ছি। বর্তমানে, আমি _____

(ঠিকানা)এ বসবাস করি।

আমি এই বিষয়ে অবগত যে, আমার চিকিৎসা কালের যে কোনো সময়ে টেলিমেডিসিন পদ্ধতিতে চিকিৎসার সম্মতি রোধ বা প্রত্যাহার করার সম্পূর্ণ অধিকার আমার আছে এবং এটি আমার ভবিষ্যতের যত্নের অথবা চিকিৎসার অধিকারকে কোনোরকম প্রভাবিত করবে না।

এত দ্বারা আমি আমার _____ আমার চিকিৎসা করানোর জন্য অনুমতি প্রদান করলাম।

টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে আমার রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা চলাকালীন এই ব্যক্তি আমার মানসিক স্বাস্থ্যসেবার প্রতিনিধিত্ব করবেন এবং এতে অংশ নেবেন। আমি এই বিষয়ে অবগত যে, আমার মানসিক স্বাস্থ্যসেবার জন্য একজন প্রতিনিধি নিযুক্ত করার ক্ষেত্রে অনেকাংশে ঝুঁকি এবং সুবিধাও রয়েছে।

তারিখ :

রোগীর প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ :

রোগীর স্বাক্ষর