



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

औपचारिक प्राधिकरण पत्र

मैं _____, _____ के पुत्र / पुत्री बताना चाहता / चाहती हूँ की, मैंने टेलीमेडिसिन के संबंध में दी गई जानकारी को समझ लिया है। मैं अपने मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में टेलीस्पाइकियाट्री परामर्श के उपयोग के लिए अपनी सूचित सहमति देता / देती हूँ. वर्तमान में, मैं _____ (पता)

मैं समझता / समझती हूँ कि भविष्य में देखभाल या उपचार के मेरे अधिकार को प्रभावित किए बिना, किसी भी समय मेरी देखभाल के दौरान टेलीमेडिसिन के उपयोग पर अपनी सहमति पर रोक लगाने या वापस लेने का मुझे अधिकार है।

मैं घुसित करता /करती हूँ कि _____, _____ के पुत्र / पुत्री मेरे _____ (संबंध) है जो की मेरा प्रतिनिधित्व करेंगे /करेंगी।

वह मेरे निदान और उपचार के दौरान टेलीमेडिसिन के माध्यम से मेरी मानसिक स्वास्थ्य सेवा का प्रतिनिधित्व और भाग लेंगे/लेंगी। मैं समझता हूँ और स्वीकार करता / करती हूँ कि मेरी मानसिक स्वास्थ्य सेवा के लिए प्रतिनिधि नियुक्त करने में जोखिम और लाभ हैं.

दिनांक :	दिनांक
रोगी का हस्ताक्षर	परिवार के सदस्य के हस्ताक्षर