

## LABORATORY PROCEDURE CONSENT FORM

I Mr. \_\_\_\_\_ (Consentee), hereby give my unconditional consent to perform the following procedure by the authorized medical person of Neuberg Supratech Reference Laboratories Private Limited for the patient with details as below: This procedure is requested by the referring physician for diagnostic purpose. I have been informed about and explained in detail the procedure, its significance and complications if any by the concerned laboratory staff.

This procedure is requested by the referring physician for diagnostic purpose. I have been informed about and explained in detail the procedure, its significance and complications if any by the concerned laboratory staff.

In case of any unlikely, unexpected event during or after the above procedure, NSRL does not hold any legal, financial or moral responsibility. I sign this form without any pressure or influence or force by NSRL, my family or the referring physician.

Consent for the mentioned laboratory test procedure  Yes  No

## લેબોરેટરી તપાસની પ્રક્રિયા માટેનું સંમતિ ફોર્મ

હું નીચે સહી કરનાર શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ (સંમતિ આપનાર) ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરેન્સ લેબોરેટરીસ પ્રાઇવેટ લિમિટેડના સત્તાવાર મેડિકલ સ્ટાફ / ડૉક્ટર દ્વારા \_\_\_\_\_ (દર્દી) ની નીચે મુજબની લેબોરેટરી તપાસની પ્રક્રિયા માટે બિનશરતી સંમતિ આપું છું. આ તપાસની લલામણ રોગના નિદાન માટેની મારા / દર્દીના સંદર્ભે ડૉક્ટર દ્વારા કરવામાં આવી છે. ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરેન્સ લેબોરેટરી દ્વારા મને / દર્દીની આ તપાસની માહિતીનું મહત્વ અને તેની સંભવિત આડઅસરો વિશે સમજાવવામાં આવેલ છે.

આ તપાસ દરમિયાન અને તે પછી થયેલ કોઈપણ આડઅસર (સંભવિત / અસંભવિત) માટે ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરેન્સ લેબોરેટરી અને તેનો સ્ટાફ કાયદાકીય, નાણાકીય, નૈતિક અથવા બીજી કોઈપણ રીતે જવાબદાર રહેશે નહિ.

આ સંમતિ હું ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરેન્સ લેબોરેટરી, મારા કુટુંબીજનો અથવા સંદર્ભે ડૉક્ટરના કોઈપણ દબાણ અથવા વગ હેઠળ આવ્યા વગર આપું છું.

ઉપરોક્ત લેબોરેટરી તપાસની પ્રક્રિયા માટેની સંમતિ  હા  ના

Name of the Patient / દર્દીનું નામ: \_\_\_\_\_

Age & Sex / ઉંમર / જાતિ: \_\_\_\_\_

Case ID / કેસ નંબર: \_\_\_\_\_

Referring Physician / સંદર્ભે ડૉક્ટર: \_\_\_\_\_

Laboratory Procedure / લેબોરેટરી તપાસની પ્રક્રિયા: \_\_\_\_\_

Done by (NSRL Staff) / તપાસનાર: \_\_\_\_\_

Signature (Patient/Relative/Guardian/Attendant): \_\_\_\_\_  
સહી - દર્દી/સગા/વાલી/અન્ય દર્દી સાથે હાજર:

Affix Patient Barcode/  
દર્દીનો બારકોડ લગાડવો

Date: \_\_\_\_\_

Prepared by: QM	Approved by: Lab Director	Issued by: QM	Page No. 1 to 1
-----------------	---------------------------	---------------	-----------------