

تجویز کردہ اختیاری (Elective) علاج سے انکار

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
فارم پر کرنے والے شخص کا نام (اگر مریض خود نہیں ہے): _____
مریض سے رشتہ: _____ فون نمبر: _____
تاریخ: _____ وقت: _____ مقام: _____
ڈاکٹر _____ نے مجھے مندرجہ ذیل اختیاری (elective) ڈینٹل / میکسلو فیشل ٹیسٹ،
علاج، یا سرجری کروانے کا مشورہ دیا ہے:

اعترافات

- میں درج ذیل باتوں کا اعتراف کرتا/کرتی ہوں:
- میرے اورل / میکسلو فیشل سرجن یا معالج نے مجھے میری طبی / دانتوں کی حالت کے بارے میں سمجھا دیا ہے۔
 - تجویز کردہ اختیاری ٹیسٹ / علاج / عمل کی وجوہات اور / یا مقصد مجھے واضح کر دیا گیا ہے۔
 - تجویز کردہ اختیاری ٹیسٹ / علاج / عمل کی نوعیت مجھے سمجھا دی گئی ہے۔
 - تجویز کردہ اختیاری ٹیسٹ / علاج / عمل کے خطرات اور فوائد مجھے بتا دیے گئے ہیں۔
 - تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل کے متبادل (بشمول علاج نہ کروانے کے) مجھے سمجھا دیے گئے ہیں۔
 - میرے سوالات کے جوابات میری زبان میں اس طرح دیے گئے ہیں کہ میں ان سے پوری طرح مطمئن ہوں۔

انکار کے خطرات

میرے سرجن / معالج نے تجویز کردہ اختیاری ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کے خطرات مجھے بتا دیے ہیں۔ ان میں درج ذیل شامل ہیں، لیکن یہ ان تک محدود نہیں ہیں:

- وقت کے ساتھ ساتھ میری موجودہ دانتوں، چہرے، یا جبرے کی حالت کا بتدریج خراب ہونا۔
- علاج نہ کیے گئے حصے میں مستقبل میں درد، سوجن، انفیکشن، یا رسولی (cyst) بننا۔
- قریبی دانتوں کا اپنی جگہ سے کھسکنا، جبرے کی ہڈی کا بتدریج نقصان، یا مسوڑھوں کی پیچیدہ بیماری (periodontal disease)۔
- چہرے کی ظاہری شکل و صورت کا خراب ہونا، دانتوں کے ملاپ (bite) میں خرابی، یا چبانے، نگلنے، یا بولنے میں دشواری (بشمول TMJ کے امراض)۔
- بہترین جراحی نتائج کا موقع گنوا دینا، جس کے باعث مستقبل میں ممکنہ طور پر زیادہ وسیع، پرخطر، اور مہنگے علاج کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کے ایسے خطرات بھی ہو سکتے ہیں جو ابھی تک معلوم نہیں ہیں۔

انکار کا فیصلہ

اگرچہ ڈاکٹر _____ کے مشورے پر عمل نہ کرنے اور تجویز کردہ اختیاری ٹیسٹ / علاج / عمل نہ کروانے کے میرے انکار سے میری اور / میکسلو فیشل صحت، افعال، یا ظاہری شکل خراب ہو سکتی ہے، اور ایسی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں جن کا بعد میں علاج کرنا زیادہ مشکل ہو سکتا ہے، میں تجویز کردہ ٹیسٹ / علاج / عمل سے انکار کرتا / کرتی ہوں اور اپنے اس فیصلے کے خطرات اور نتائج کو قبول کرتا / کرتی ہوں۔

میں سمجھتا / سمجھتی ہوں کہ میں کسی بھی وقت ڈاکٹر _____ سے رابطہ کر کے اپنی حالت کا دوبارہ معائنہ کروانے اور علاج کے ساتھ آگے بڑھنے پر تبادلہ خیال کر کے اپنا یہ فیصلہ تبدیل کر سکتا / سکتی ہوں۔

تاریخ

مریض کے دستخط (یا فارم پُر کرنے والے کے)

تاریخ

گواہ کے دستخط

تاریخ

سرجن / معالج کے دستخط