

This is a special consent form. Consent to be taken in addition to regular consent form being used by respective dental clinic

यह एक विशेष सहमति फॉर्म है। संबन्धित डेंटल क्लिनिक अपने सामान्य सहमति फॉर्म के अलावा यह फॉर्म भी लें

क्लिनिक का नाम : \_\_\_\_\_

पता : \_\_\_\_\_

मैं, \_\_\_\_\_, पूरी जानकारी के साथ और स्वेच्छा से covid-19 महामारी के दौरान अपने दांतों की चिकित्सा करवाने की सहमति देता हूँ।

1. मैं जानता हूँ कि covid-19 वायरस की इन्क्यूबेशन अवधि लंबी होती है और इस दौरान वायरस के कैरिअर, शायद रोग के कोई लक्षण भी न दिखाएँ, फिर भी वे अत्यधिक संक्रामक हो सकते हैं। इस वायरस की टेस्टिंग की वर्तमान सीमाओं को ध्यान में रखते हुए यह पता लगाना नामुमकिन है कि किस व्यक्ति को यह रोग है और किसे नहीं।
2. यदि मैं, बिना इस रोग के लक्षण वाला वायरस कैरिअर हूँ या covid-19 का ऐसा मरीज हूँ जिसके रोगी होने का पता न चला हो, तो मुझे भय है कि इससे डॉक्टरों और क्लिनिक के स्टाफ को खतरा हो सकता है। अतः उचित एहतियात बरतना और उनके द्वारा बताए गए निर्देशों का पालन करना मेरी ज़िम्मेदारी है।
3. मुझे मालूम है कि मुझे क्लिनिक या किसी डॉक्टर से इन्फेक्शन हो सकता है और ऐसा होने से रोकने के लिए मैं सभी संभव एहतियात बरतूंगा, परंतु यदि मुझे या मेरे साथ आए किसी व्यक्ति को इन्फेक्शन होता है तो मैं इसके लिए डॉक्टरों या क्लिनिक के स्टाफ को उसका जिम्मेदार नहीं मानूंगा।
4. यदि इस क्लिनिक में आने के बाद मेरे या मेरे अटेंडेंट को covid-19 इन्फेक्शन होता है, तो मैं उसकी सूचना तुरंत क्लिनिक प्राधिकारियों को दूंगा ताकि मैं जिस दिन क्लिनिक गया था उस दिन क्लिनिक में उपस्थित मरीज/अटेंडेंट और स्टाफ की उचित ट्रैकिंग की जा सके।
5. मैं पुष्टि करता हूँ कि मुझमें covid-19 के निम्नलिखित लक्षणों में से कुछ भी नहीं है :-
  - a) बुखार
  - b) सांस फूलना
  - c) मुह का स्वाद और सूंघने की शक्ति न होना
  - d) सूखी खांसी
  - e) नाक बहना
  - f) गला खराब होना

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

6. मुझे जानकारी है कि सरकार यह कहती है कि जिस व्यक्ति में इस रोग के लक्षण हों या जिसका टेस्ट पॉज़िटिव आया हो उससे 14 दिनों की अवधि के लिए 6 फीट की दूरी (सोशल डिस्टेंसिंग) बना कर रखनी चाहिए।
7. मैं यह सत्यापित करता हूँ कि पिछले 14 दिनों में मैंने भारत के बाहर covid-19 से प्रभावित किसी भी देश का दौरा नहीं किया है।
8. मैं यह सत्यापित करता हूँ कि मैंने पिछले 14 दिनों में भारत में वाणिज्यिक एयरलाइन, रेल या बस से कोई यात्रा नहीं की है।
9. मैं सत्यापित करता हूँ कि इस फॉर्म में मैंने सच्ची और सही जानकारी दी है। मैं पूरी जानकारी के साथ स्वेच्छा से covid-19 महामारी के दौरान उपचार के लिए अपनी सहमति देता हूँ। यदि मैं तथ्य और संगत जानकारी छुपाता हूँ और जानबूझकर अथवा अनजाने में मेरे द्वारा किए गए व्यवहार से क्लिनिक के स्टाफ को इन्फेक्शन होता है, तो न्यायालय में उचित क्षतिपूर्ति हेतु मैं जिम्मेदार रहूँगा।

नाम : \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान \_\_\_\_\_