



Indian Dental Association
Kerala State Branch
2020-21



COVID 19 (കോവിഡ് 19)

**ചികിത്സയ്ക്കെത്തുന്നവരുടെ
അറിവോടെയുള്ള സമ്മതപത്രം**

പേര് : ----- വയസ്സ് / ലിംഗം : ----- **M/F**

ജോലി : ----- മൊബൈൽ നമ്പർ : -----

മേൽവിലാസം : ----- തിയ്യതി / സമയം : -----

----- Temperature : -----

Sl. No.	Particulars	
1.	നിങ്ങൾക്ക് കഴിഞ്ഞ 45 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ കോവിഡ്-19 രോഗബാധ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
	a) ഉണ്ടെങ്കിൽ ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റ് ചെയ്തിരുന്നോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
	b) അഡ്മിറ്റ് ചെയ്തിരുന്നവെങ്കിൽ ഓക്സിജൻ നൽകേണ്ടി വന്നിരുന്നോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
2.	നിങ്ങൾക്കോ നിങ്ങളുടെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കോ കഴിഞ്ഞ 10 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ പനി, ശരീരവേദന, ചുമ, തുണൽ, ശ്വാസതടസ്സം, തൊണ്ടവേദന ചെങ്കണ്ണ് തുടങ്ങിയ ലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
3.	നിങ്ങളോ നിങ്ങളുടെ സഹവാസികളോ കഴിഞ്ഞ 10 ദിവസത്തിനുള്ളിൽ മറ്റു രാജ്യത്തിൽ നിന്നോ, മറ്റ് സംസ്ഥാനത്തു നിന്നോ വന്നവരാണോ?	അതെ ☐ അല്ല ☐
4.	നിങ്ങൾ കോവിഡിനെതിരെയുള്ള വാക്സിനേഷൻ എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
		1 st Dose ☐ 2 nd Dose ☐
	a) ഉണ്ടെങ്കിൽ, ഒടുവിൽ വാക്സിനേഷൻ എടുത്തിട്ട് 14 ദിവസം കഴിഞ്ഞോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
5.	നിങ്ങൾ ഇപ്പോൾ മറ്റൊരാളിലും അസുഖങ്ങൾക്ക് മരുന്ന് കഴിക്കുന്നുണ്ടോ?	ഉണ്ട് ☐ ഇല്ല ☐
	ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദീകരിക്കുക.	

മേൽപറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ സത്യമാണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഈ സ്ഥാപനത്തിന്റെ നിയമ നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിക്കാമെന്നും എനിക്ക് നൽകുന്ന ചികിത്സയുടെ വരുവരായ്കകൾ എന്നെ ബോധ്യപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെന്നും ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന ചികിത്സയ്ക്ക് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്നും ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

രോഗിയുടെ / രക്ഷിതാവിന്റെ ഒപ്പ്		ഡോക്ടറുടെ പേരും ഒപ്പും	
രോഗിയുടെ സഹായിയുടെ ഒപ്പ്		KDC Reg. No.	

രക്ഷിതാവിന്റെ / സഹായിയുടെ പേര് : Mob: No.

NB: സമ്മതപത്രത്തിൽ വിവരങ്ങൾ നൽകാതിരിക്കുന്നതും തെറ്റായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നതും ഐ.പി.സി. / കേരള പകർച്ചവ്യാധി നിയന്ത്രണ ഓർഡിനൻസ് 2020 എന്നിവ പ്രകാരം ശിക്ഷാർഹമാണ്.