ಮುಂಗಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ದೇಶನ

ವಿಭಾಗ 1: ವೈಯಕ್ತಿಕ ವಿವರಗಳು

ಈ ಮುಂಗಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿರ್ದೇಶನ (ಜೀವಂತ ಇಚ್ಛಾಪತ್ರ) ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ ನೇಮಕವನ್ನು ನಾನು ರಚಿಸಿದ್ದೇನೆ:

ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು	
ಲಿಂಗ	
ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ	DD/MM/YYYY
ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ	1. ದಾಖಲೆಯ ಹೆಸರು 2. ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ
ಶಾಶ್ವತ ವಾಸದ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	
ಪ್ರಸ್ತುತ ವಾಸದ ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ	
ಪುರಸಭೆ/ಪಂಚಾಯತ್	

ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೀರ್ಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದ ಸಂದರ್ಭ ಬಂದರೆ ಅಥವಾ ಬಂದಾಗ, ಈ ನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳ ಅಂತಿಮ ನಿರ್ಣಯವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು.

[ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ಈ ನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ಏಕೆ ರಚಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೀರಿ, ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಪರವಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ನಂಬಿಕೆಗಳು ಮತ್ತು ಮೌಲ್ಯಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಅದಕ್ಕೆ ಮನ್ನಣೆ ನೀಡಬೇಕೆಂದು ಇಚ್ಛಿಸುವ ಯಾವುದೇ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು.]

ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳನ್ನು ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ, ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಜೀವ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೀರ್ಮಾನಗಳಿಗೆ, ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆಧಾರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕೆಂದು, (ನನ್ನ ನೇಮಿತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳು), ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಂಡ, ಒಳಗೊಂಡಂತೆ) ಎಲ್ಲ ಸಂಬಂಧಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಜ್ಞಾಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

ವಿಭಾಗ 2: ಜೀವಾಧಾರಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನಿರ್ದೇಶನಗಳು

ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸಕ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ತಂಡವು ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ:

- ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಸ್ಥಿತಿ , ಅಂತಿಮ-ಹಂತದ ಸ್ಥಿತಿ,[1] ಅಥವಾ ಜೀವಚ್ಛವ ಸ್ಥಿತಿ [2] ಯಿಂದ ಚೇತರಿಕೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಂಜಸವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಭವನೀಯತೆ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ; ಮತ್ತು

[1] 'ಅಂತಿಮ-ಹಂತದ ಸ್ಥಿತಿ' ಎಂದರೆ ಗಾಯ, ರೋಗ, ಅಥವಾ ಕಾಯಿಲೆ ಯಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದ ಸ್ಥಿತಿ, ಇದು ಕ್ರಮೇಣ ಉಲ್ಬಣಿಸುವ ಮತ್ತು ಶಾಶ್ವತವಾಗಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿ , ಮತ್ತು ಸಮಂಜಸವಾದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಭವನೀಯತೆಯ ಪ್ರಕಾರ, ಈ ಸ್ಥಿತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಿಷ್ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

[2] ಜೀವಚ್ಛವ ಸ್ಥಿತಿ ಎಂದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಎಚ್ಚರವಾಗಿರುವ ಆದರೆ ಯಾವುದೇ ಜಾಗೃತಿಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸದ ಸ್ಥಿತಿ. ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಆರು ತಿಂಗಳಿಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ (ಆಘಾತವಲ್ಲದ ಮೆದುಳು ಗಾಯವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ) ಅಥವಾ ಹನ್ನೆರಡು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಜೀವಚ್ಛವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದರೆ (ಆಘಾತದಿಂದ ಮೆದುಳು ಗಾಯವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ) ಅವರು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. (ಮೂಲ: *ನ್ಯಾಷನಲ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸರ್ವೀಸಸ್,ದ ಯು.ಕೆ.*)

- ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಧ್ಯಸ್ಥಿಕೆ ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ಕೇವಲ ಸಾವಿನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕೃತಕವಾಗಿ ಮುಂದೂಡುತ್ತದೆ .

ಯಾವುದೇ ಜೀವ ವಿಸ್ತರಿಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ/ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಬೇಕು ಅಥವಾ ಹಿಂಪಡೆಯಬೇಕು ಮತ್ತು ಸಹಜ ಮರಣದ ಹಾದಿಯನ್ನು ಅನುಮತಿಸಬೇಕು ಎಂದು ನಾನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತೇನೆ.

[ಇಲ್ಲಿ, ಇದು ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ, ಆದರೆ ನೀವು ಊಹಿಸಿರುವ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ವಿಶೇಷತೆಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬಹುದು, ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ತಡೆಹಿಡಿಯಬೇಕಾದ ಅಥವಾ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಜೀವ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಕಾರಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು. ಕೆಳಗಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು, ನೀವು ಏನು ಬಯಸುತ್ತೀರಿ ಅಥವಾ ಬಯಸುವುದಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಸೂಚಿಸಲು (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ನೀವು ವೆಂಟಿಲೇಷನ್ ಅನ್ನು ನಿರಾಕರಿಸಬಹುದು ಆದರೆ ಕಾರ್ಡಿಯೊ-ಪಲ್ಮನರಿ ರೀಸಸಿಟೇಷನ್ ಬಯಸಬಹುದು]:

ವಿಶೇಷವಾಗಿ, ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ರೂಪಗಳನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಬೇಕು ಅಥವಾ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತೇನೆ (**ನನಗೆ ಇವು ಬೇಡ**):

1. ಕಾರ್ಡಿಯೊ-ಪಲ್ಮನರಿ ರೀಸಸಿಟೇಷನ್ (CPR)
2. ಡಯಾಲಿಸಿಸ್
3. ವೆಂಟಿಲೇಷನ್ ಅಥವಾ ಇತರ ರೀತಿಯ ಕೃತಕ ಜೀವ ಬೆಂಬಲ
4. ಕೀಮೋಥೆರಪಿ
5. ರೇಡಿಯೊಥೆರಪಿ
6. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಲಕ್ಷಣ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಜೀವನದ ಗುಣಮಟ್ಟವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು

ಒಳಗೊಂಡಿರದಿದ್ದರೆ

7. ಇಂಟ್ರಾವೀನಸ್ ದ್ರವಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಂಟಿಬಯೋಟಿಕ್ಸ್; ಆರಾಮ ನೀಡುವ /ನೋವು ಮತ್ತು ಯಾತನೆಯನ್ನು ಶಮನಗೊಳಿಸುವವುಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ
8. ಇಂಟ್ರಾವೀನಸ್ ಕಥೀಟರ್ ಗಳು ಅಥವಾ ಫೀಡಿಂಗ್ ಟ್ಯೂಬ್‌ಗಳ ಮೂಲಕ ಕೃತಕವಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ಜಲಸಂಚಾರಣೆಯ ನಿರ್ವಹಣೆ, ಇದು ಕೇವಲ ಸಾವಿನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕೃತಕವಾಗಿ ಮುಂದೂಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ್ದರೆ. [ಇದು ಆರಾಮ , ಆಹಾರ/ಲಕ್ಷಣ ಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ಕೃತಕ ಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ಜಲಸಂಚಾರಣೆಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುವುದಿಲ್ಲ.]

ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಅಥವಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ರೂಪಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು ಅಥವಾ ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತೇನೆ (**ನನಗೆ ಇದು ಬೇಕು**):

1. ಕಾರ್ಡಿಯೊ-ಪಲ್ಮನರಿ ರೀಸಸಿಟೇಷನ್
2. ಇಂಟ್ರಾವೀನಸ್ ದ್ರವಗಳು ಮತ್ತು ಔಷಧಿಗಳು, ಆರಾಮ ನೀಡುವ ಅಥವಾ ಯಾತನೆ/ನೋವು ಶಮನಗೊಳಿಸುವವುಗಳನ್ನು ಸೇರಿದಂತೆ ಆಂಟಿಬಯೋಟಿಕ್ಸ್

ಜೊತೆಗೆ, ಜೀವಧಾರಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿದಾಗಲೂ ಅಥವಾ ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗಲೂ , ನೋವು, ಯಾತನೆ, ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಗೊಂದಲದ ಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ಆರಾಮದ ಆರೈಕೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲು (ಅಥವಾ ಅಂಗ ಅಥವಾ ದೇಹ ದಾನಕ್ಕೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು) ಔಷಧಿಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಂತೆ ನಾನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಭಾಗ 3 (ಐಚ್ಛಿಕ): ಅಂತಿಮ ಜೀವನ ಆರೈಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಇಚ್ಛೆಗಳು ಅಥವಾ ಬಯಕೆಗಳು

[ಈ ವಿಭಾಗವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿದೆ, ಆದರೆ ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಏನು ಬಯಸುತ್ತೀರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ಸೇರಿಸಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲವು ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ.]

- [ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸ್ಥಳದ ಆಯ್ಕೆ] ಅಂತಿಮ ಜೀವನ ಆರೈಕೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ, ನಾನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಸೂಕ್ತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯದಲ್ಲಿ ಇರಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ ಅಥವಾ ಹಾಸ್ಪಿಸ್ ಅಥವಾ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಇರಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ ಅಥವಾ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಸೌಕರ್ಯ/ಆರೈಕೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇರಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಅಥವಾ

- ನನ್ನ ನೇಮಿತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳ) ಕಾರ್ಯ ಸಾಧ್ಯತೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಂತೆ, ನಾನು [ನೀವು ನಿಮ್ಮ ಆದ್ಯತೆಯ ಸಂಸ್ಥೆ(ಗಳ) ಹೆಸರನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬಹುದು] ಈ ರೀತಿಯ ಸೌಕರ್ಯ/ಆರೈಕೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಇರಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

- [ಚಿಕಿತ್ಸಕ ವೈದ್ಯರ ಆಯ್ಕೆ] ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ [ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು, ಹುದ್ದೆ, ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು] ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ನಾನು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ, ಲಭ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಸಾಧ್ಯತೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.

- [ವಿಶೇಷ ಗಮನ/ಆದ್ಯತೆ] ಅಂತಿಮ ಜೀವನ ಆರೈಕೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನನ್ನ ಪ್ರೀತಿಪಾತ್ರರೊಂದಿಗೆ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣ ಸಮಯವನ್ನು ಕಳೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾನಸಿಕ ಯಾತನೆ ಅಥವಾ ಗೊಂದಲವನ್ನು ಶಮನಗೊಳಿಸಲು ವಿಶೇಷ ಗಮನ ನೀಡಲು ನಾನು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

- [ಲಿಂಗ ಗುರುತನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸುವುದು] ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೂಲಕ, ನನ್ನ ಹೆಸರು [ಹೆಸರನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ] ಮತ್ತು ಲಿಂಗ [ಲಿಂಗ ಮತ್ತು/ಅಥವಾ ಸರ್ವನಾಮಗಳನ್ನು ನಿರ್ದಿಷ್ಟಪಡಿಸಿ] ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವವರು, ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಇತರರು ಗೌರವಿಸಬೇಕೆಂದು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ದಾಖಲೆಗಳು, ನನ್ನೊಂದಿಗೆ ಸಂವಹನ, ಇತರರೊಂದಿಗೆ ನನ್ನ ಬಗ್ಗೆ ಸಂವಹನ, ನನ್ನ ದೇಹವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಇದು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ

- [ವಿಷಮಲಿಂಗ ಮಾನ್ಯತೆಯ ಹೊರಗಿನ ಸಂಬಂಧಗಳಿಗೆ] ನನ್ನ ಸಂಗಾತಿಯನ್ನು [ಸಂಗಾತಿಯ ಹೆಸರು] ಎಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರು, ಆರೈಕೆಗಾರರು, ಬೆಂಬಲ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ಮತ್ತು ಇತರರಿಂದ [ನನ್ನ ಸಂಗಾತಿ ಅಥವಾ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಪದ] ಎಂದು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲ್ಪಡಬೇಕೆಂದು ನಾನು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಿಭಾಗ 4: ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯ ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸುವಿಕೆ

ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ತೀರ್ಮಾನಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆಧಾರವಾಗಿರಬೇಕೆಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು, ಮತ್ತು ಸಮಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕಂತೆ ನನ್ನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು, ನಾನು ಕೆಳಗಿನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳನ್ನು) ಆದ್ಯತೆಯ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನೇಮಕ ಮಾಡಿದ್ದೇನೆ: [ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಪದಗಳಲ್ಲಿ (ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಖ್ಯೆ)].

[ನೀವು ಕನಿಷ್ಠ ಇಬ್ಬರು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಾಗಿ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಬೇಕು. ಒಂದು ವೇಳೆ ನೀವು ಇಬ್ಬರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸಿದರೆ, ಆದ್ಯತೆಯ ಕ್ರಮವನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬೇಕು. ಒಂದು ವೇಳೆ ಎಲ್ಲಾ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳು ಜಂಟಿಯಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ನೀವು ಇಚ್ಛಿಸಿದರೆ, ಅದನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಬೇಕು.]

ನಾನು ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳು, ಅವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳು, ಮತ್ತು ಅವರು ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನೇಮಕಗೊಂಡವರೊಂದಿಗೆ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಚರ್ಚೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿದ್ದೇನೆ. ಅವರು ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಾಗಿ ನಾಮನಿರ್ದೇಶನಗೊಳ್ಳಲು ಸಿದ್ಧರಿದ್ದಾರೆ ಎಂದು ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ನಾನು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಅಧಿಕಾರಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತೇನೆ :

- ಅವರು ನನ್ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಆರೋಗ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳು, ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಂಡದೊಂದಿಗಿನ ಸಂವಹನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಂಡದಿಂದ ಪಡೆಯಬಹುದು;

- ಈ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ, ಅಗತ್ಯವಿರುವಂತೆ ನನ್ನ ಪರವಾಗಿ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದು. ಈ ತೀರ್ಮಾನಗಳು ಯಾವುದೇ ಆರೈಕೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಸೇವೆ, ಅಥವಾ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡುವುದು, ನಿರಾಕರಿಸುವುದು, ಅಥವಾ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಹಿಂತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ, ಈ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿರುವ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಥಮಿಕವಾಗಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಪಡೆಯಬೇಕು.

ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳ) ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ತೀರ್ಮಾನಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಇತರ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಂದ ವಿಚಲಿತವಾಗದೇ ಗೌರವಿಸಬೇಕು.

ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಯನ್ನು ನನ್ನ **ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯಾಗಿ** ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸುತ್ತೇನೆ

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿವರಗಳು	ಮಾಹಿತಿ
a	ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು	
b	ನಿರ್ದೇಶಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ	
c	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	DD/MM/YYYY
e	ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ	1. ದಾಖಲೆಯ ಹೆಸರು: 2. ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ:
f	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು)	1. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 2. ಇತರೆ
g	ಇ -ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ(ಗಳು)	1. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 2. ಇತರೆ
h	ಶಾಶ್ವತ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	
i	ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಂದಿನ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	

ನನ್ನ ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಯು ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೆ, ಅಥವಾ ತೀರ್ಮಾನ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಛಿಸದಿದ್ದರೆ, ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳನ್ನು ಈ ಆದ್ಯತೆಯ ಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಾಗಿ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ:

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿವರಗಳು	ಮಾಹಿತಿ
a	ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು	
b	ನಿರ್ದೇಶಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ	
c	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	DD/MM/YYYY
e	ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ	3. ದಾಖಲೆಯ ಹೆಸರು: 4. ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ:
f	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು)	3. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 4. ಇತರೆ
g	ಇ -ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ(ಗಳು)	3. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 4. ಇತರೆ
h	ಶಾಶ್ವತ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	
i	ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಂದಿನ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	

2. [ಐಚ್ಛಿಕ]

ಕ್ರಮ ಸಂಖ್ಯೆ	ವಿವರಗಳು	ಮಾಹಿತಿ
a	ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು	
b	ನಿರ್ದೇಶಕನೊಂದಿಗಿನ ಸಂಬಂಧ	
c	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ:	DD/MM/YYYY
e	ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ	5. ದಾಖಲೆಯ ಹೆಸರು: 6. ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ:
f	ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ(ಗಳು)	5. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 6. ಇತರೆ
g	ಇ -ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ(ಗಳು)	5. ಪ್ರಾಥಮಿಕ 6. ಇತರೆ
h	ಶಾಶ್ವತ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	
i	ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕದಂದಿನ ವಾಸದ ವಿಳಾಸ	

ವಿಭಾಗ 5 (ಐಚ್ಛಿಕ): ನನ್ನ ಸಾವಿನ ನಂತರ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ನಿರ್ದೇಶನಗಳು

[ಈ ವಿಭಾಗವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿದೆ, ಆದರೆ ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನೀವು ಏನು ಬಯಸುತ್ತೀರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ಸೇರಿಸಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲವು ಉದಾಹರಣೆಗಳನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ.]

- [ಅಂಗ ದಾನಕ್ಕೆ ಉಲ್ಲೇಖ] ನಾನು 1994ರ ಮಾನವ ಅಂಗಗಳು ಮತ್ತು ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಕಾಯ್ದೆಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ದಾಖಲಿತ ಅಂಗ ದಾನಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಅಂಗ ದಾನಿಯಾಗಿ ನನ್ನ ಆಯ್ಕೆಗಳನ್ನು ಕಾಯ್ದೆಯ ಫಾರ್ಮ್ 7 ರಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ, ಈ ದಾಖಲೆಯೊಂದಿಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಕ್ಕಾಗಿ ಮತ್ತು ಜಾರಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ನನ್ನ ಅಂಗ ದಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇಚ್ಛೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ಪ್ರೀತಿಪಾತ್ರರಿಗೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿ ತೀರ್ಮಾನಗಾರರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.
- [ದೇಹ/ದೇಹದಾನ ಶವ] ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಶಿಕ್ಷಣದ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ನನ್ನ ದೇಹವನ್ನು ದಾನ ಮಾಡಲು ನಾನು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಸಂಬಂಧದಲ್ಲಿ, ನಾನು [ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು ಅಥವಾ ದೇಹ ದಾನ ಎನ್.ಜಿ.ಒ. ಹೆಸರು]ಗೆ ನನ್ನ ಇಚ್ಛೆಯನ್ನು ತಿಳಿಸಿದ್ದೇನೆ, ಅಗತ್ಯವಾದ ಸಮ್ಮತಿ ಫಾರ್ಮ್‌ಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಕೆ ಮಾಡಿದ್ದೇನೆ, ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನವನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ದೇಹ ದಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಇಚ್ಛೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ನನ್ನ ಪ್ರೀತಿಪಾತ್ರರಿಗೆ, ಪ್ರತಿನಿಧಿ ತೀರ್ಮಾನಗಾರರನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಂತೆ, ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಲಾಗಿದೆ.

- *[ಅಂತಿಮ ಸಂಸ್ಕಾರ/ಅಂತ್ಯಕ್ರಿಯೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಇಚ್ಛೆಗಳು- ವಿಶೇಷವಾಗಿ ನಾಸ್ತಿಕರಿಗೆ ಅಥವಾ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಧರ್ಮಗಳಿಗೆ] ನನ್ನ ಅಂತಿಮ ಸಂಸ್ಕಾರವನ್ನು [ಧರ್ಮದ ಹೆಸರು] ಪದ್ಧತಿಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನಾನು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ ಅಥವಾ ನನ್ನ ಸಾವಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಧಾರ್ಮಿಕ ಆಚರಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಬಾರದೆಂದು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ. ಎಲ್ಲಾ ಅಗತ್ಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಥವಾ ಕಾನೂನು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳು ಪೂರ್ಣಗೊಂಡ ನಂತರ ನನ್ನ ಶವವನ್ನು ದಹನ/ಸಮಾಧಿ/[ಇತರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ] ಮಾಡಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ*

ಘೋಷಣೆ

ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಹಿ ಮಾಡಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಾನು ಹೀಗೆಂದು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ:

- [*ನಿರ್ದೇಶಕನಿಗೆ ಓದಲು ಅಥವಾ ಬರೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೆ ಈ ಮೊದಲ ಅಂಶವನ್ನು ಸೇರಿಸಿ*]. ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ನನ್ನ ನಿರ್ದೇಶನಗಳಿಗೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ, ಮತ್ತು ಅದರ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಓದಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.
- ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ನನಗೆ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯತೆ ಇದೆ.

  [*ನೀವು ಇಚ್ಛಿಸಿದರೆ, ನೀವು ಒಬ್ಬ ದಾಖಲಿತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಪರರಿಂದ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಮತ್ತು ಯೋಗ್ಯತೆಯ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದು. ಇಂತಹ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರವಿಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ನಿಮ್ಮ ನಿರ್ದೇಶನವು ಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.* ಸಾಮರ್ಥ್ಯದ ಪ್ರಮಾಣಪತ್ರ ಮಾದರಿಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಲಾಗಿದೆ]
- ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಯೋಚಿಸಿ, ಪರಿಗಣಿಸಿದ್ದೇನೆ.
- ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಥವಾ ಘಟಕದಿಂದ ಯಾವುದೇ ಬಲವಂತ, ಒತ್ತಡ, ಅಥವಾ ಅನುಚಿತ ಪ್ರಭಾವವಿಲ್ಲದೆ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಈ ದಾಖಲೆಯಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದೇನೆ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ನಿರ್ದೇಶನವನ್ನು ಭಾರತದ ಸರ್ವೋಚ್ಚ ನ್ಯಾಯಾಲಯದ ಜನವರಿ 24, 2023ರ ಆದೇಶಕ್ಕೆ ಅನುಗುಣವಾಗಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲಾಗಿದೆ (MA No. 1699/2019 in WP (C) No. 215/2005). ಇದರ ಜೊತೆಗೆ, ಈ ನಿರ್ದೇಶನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪವರ್ ಆಫ್ ಅಟಾರ್ನಿಯ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಗಿನವರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗಿದೆ:

- ಈ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳು)
- [ಕುಟುಂಬ/ಆಯ್ಕೆಯ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು - ಐಚ್ಛಿಕ]
- [ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ಥಳೀಯ ಸರ್ಕಾರ - ಪಂಚಾಯತ್, ಪುರಸಭೆ, ಜಿಲ್ಲಾಡಳಿತ, ಮುನ್ಸಿಪಲ್ ಕಾರ್ಪೊರೇಷನ್ ಇತ್ಯಾದಿಯ] ಸಮರ್ಥ ಅಧಿಕಾರಿ/ಕಸ್ಟೋಡಿಯನ್ [*ಜಾರಿಗೊಂಡ AMD ಯನ್ನು ಕಸ್ಟೋಡಿಯನ್‌ಗೆ ಕಳುಹಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ, ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವುದು ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿದೆ*]

ನಿರ್ದೇಶನದ ಮಾನ್ಯತೆ

ನಾನು ಇದನ್ನು ಮಾರ್ಪಡಿಸದ ಅಥವಾ ರದ್ದುಗೊಳಿಸದ ಹೊರತು, ಈ ನಿರ್ದೇಶನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ಅಧಿಕಾರವು ನನ್ನ ಜೀವಿತಾವಧಿಯವರೆಗೆ ಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ ಎಂದು ನಾನು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಯಾವುದೇ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ, ನನ್ನ ನಿರ್ದೇಶನಗಳು/ಇಚ್ಛೆಗಳಿಗೆ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಮಾಡುವ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಆವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಅಥವಾ ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ರದ್ದುಗೊಳಿಸಲು ನಾನು ಹಕ್ಕನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ಪರಿಷ್ಕೃತ ಆವೃತ್ತಿಯ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನವರಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ:

- ಈ ನಿರ್ದೇಶನದಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಿತ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿ(ಗಳು)
- [ಕುಟುಂಬ/ಆಯ್ಕೆಯ ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು - ಐಚ್ಛಿಕ]
- [ಸಂಬಂಧಿತ ಸ್ಥಳೀಯ ಸರ್ಕಾರ - ಪಂಚಾಯತ್, ಪುರಸಭೆ, ಜಿಲ್ಲಾಡಳಿತ, ಮುನ್ಸಿಪಲ್ ಕಾರ್ಪೊರೇಷನ್ ಇತ್ಯಾದಿಯ] ಸಮರ್ಥ ಅಧಿಕಾರಿ/ಕಸ್ಟೋಡಿಯನ್ [*ಜಾರಿಗೊಂಡ AMD ಯನ್ನು ಕಸ್ಟೋಡಿಯನ್‌ಗೆ ಕಳುಹಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ, ಆದರೆ ಇಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುವುದು ಐಚ್ಛಿಕವಾಗಿದೆ*]

ನಿರ್ದೇಶಕನ ಸಹಿ

[ಪೂರ್ಣ ಸಹಿ ಅಥವಾ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಗುರುತು]

ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು:

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸಾಕ್ಷಿಗಳ ಸಹಿ

ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಬಲವಂತ, ಒತ್ತಡ, ಪ್ರೇರಣೆ, ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯವಿಲ್ಲದೆ ಜಾರಿಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ನಾನು, ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿ, ನನ್ನ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಾಕ್ಷಿ 1	ಸಹಿ
ಹೆಸರು: ವಿಳಾಸ: ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ: ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:	

ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಬಲವಂತ, ಒತ್ತಡ, ಪ್ರೇರಣೆ, ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯವಿಲ್ಲದೆ ಜಾರಿಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ನಾನು, ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿ, ನನ್ನ ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಾಕ್ಷಿ 1	ಸಹಿ

ಹೆಸರು: ವಿಳಾಸ: ಸರ್ಕಾರಿ ಗುರುತಿನ ದಾಖಲೆ: ಇಮೇಲ್ ಐಡಿ : ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:	

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ನೋಟರೀಕರಣ

ಈ ನಿರ್ದೇಶನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆ ಪ್ರತಿನಿಧಿಗಳ ಅಧಿಕೃತಗೊಳಿಸುವಿಕೆಯನ್ನು [ಘೋಷಕನ ಹೆಸರು] ಅವರಿಂದ ಕೆಳಗಿನವರ ಸಮಕ್ಷಮ ಸಹಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಈ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಬಲವಂತ ಅಥವಾ ಪ್ರೇರಣೆ ಅಥವಾ ಕಡ್ಡಾಯವಿಲ್ಲದೆ ಜಾರಿಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದು ನಾನು ತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನನ್ನೆದುರು ಸಹಿ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ

____

(ನೋಟರಿಯ ಪೂರ್ಣ ಹೆಸರು)

ಸೂಕ್ತ ಅಧಿಕಾರ, ಮುದ್ರೆ

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ: