

संपूर्ण देहदान सहमति प्रपत्र

पंजीकरण संख्या (केवल कार्यालय उपयोग के लिए):

दाता / मृतक का पूरा नाम:

क्या संभावित दाता वर्तमान में अस्पताल की देखभाल प्राप्त कर रहा है या छह महीने या उससे कम की जीवन प्रत्याशा है? हां/नहीं/लागू नहीं (यदि पहले से ही मृतक है तो लागू नहीं लिखें) [जो भी लागू हो, घेरें]

जन्म तिथि: / / लिंग: पुरुष [] महिला []

पहचान का प्रमाण (दस्तावेज का नाम): पते का प्रमाण (दस्तावेज का नाम):

दाता से संबंध: [] (प्राथमिकता क्रम = 1. स्वयं; 2. पति या पत्नी; 3. वयस्क बच्चा; 4. माता-पिता; 5. भाई-बहन; 6. अभिभावक;

नाम:

मैं इस पूरे शरीर दान को मौद्रिक मुआवजे या मुझे या परिवार के किसी भी सदस्य को किए गए मूल्यवान विचार के बिना अधिकृत करता हूं।

मैं समझता हूं कि दाता की मृत्यु के कारण या योगदान कारकों को निर्धारित करने के लिए एक शव परीक्षा नहीं की जाएगी। मैं चिकित्सा अनुसंधान और शैक्षिक उद्देश्य के लिए पूरे शरीर सहित सभी आवश्यक ऊतकों, अंगों और शारीरिक नमूनों को अधिकृत करता हूं और समझता हूं कि ऊतक / नमूने भविष्य में अनिश्चित काल तक उपयोग किए जा सकते हैं। मैं समझता हूं कि शरीर व्यापक तैयारी के अधीन हो सकता है जिसमें विभाजन, विच्छेदन, विच्छेदन और संरक्षण प्रक्रियाएं शामिल हैं। कोई वादा या आश्वासन नहीं दिया गया है कि यह दान एक विशिष्ट उपयोग, अनुसंधान या शैक्षिक अध्ययन को लाभान्वित करेगा। यह दान लाभ या गैर-लाभकारी संस्थाओं, घरेलू या अंतर्राष्ट्रीय के लिए कई शैक्षिक, वैज्ञानिक और चिकित्सा अनुसंधान संगठन को लाभान्वित कर सकता है, और शिक्षा या अनुसंधान संस्थान अंतिम ऊतक निपटान कर सकते हैं।

मैं मृत्यु से पहले या बाद में अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश को जारी की जाने वाली किसी भी और सभी चिकित्सा जानकारी को अधिकृत करता हूं, जिसमें एक पूर्ण चिकित्सा इतिहास और रक्त के नमूने शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं। एचआईवी के लिए रक्त परीक्षण के परिणाम डीन कार्यालय, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश को सूचित किए जाएंगे, एचआईवी, हेपेटाइटिस बी या हेपेटाइटिस सी के लिए एक सकारात्मक परीक्षण परिणामों को सूचित किया जाएगा। दान की स्वीकृति का निर्धारण उतीर्ण होने के समय किया जाएगा। दान स्वीकार करने पर, अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश दान से संबंधित किसी भी लागत के लिए जिम्मेदार होगा। अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश अपने विवेकाधिकार पर, दान और संबंधित शुल्क की स्वीकृति को अस्वीकार करने का अधिकार सुरक्षित रखता है, यदि यह यहां सहमति के उद्देश्यों के लिए असुरक्षित या अनुपयुक्त प्रतीत होता है। दानकर्ता/मृतक को अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश ले जाया जाएगा। सभी संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी गोपनीय रहेगी और सुरक्षित स्थान पर रखी जाएगी। सभी दाता जानकारी को कोडित किया जाएगा और दान गुमनाम रहेगा।

मैं अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश और ऊतक प्रयोक्ताओं सहित सभी संबद्ध एजेंटों को घटना और परिणामी क्षति सहित हानि या क्षति से हानिरहित मानता हूं जिसके परिणामस्वरूप अधोहस्ताक्षरी के पास सहमति के लिए उचित कानूनी प्राधिकार नहीं है। यह दान चिकित्सा शिक्षा और अनुसंधान अध्ययन को लाभान्वित करेगा और सार्वजनिक प्रदर्शन पर कभी नहीं होगा। मेरे पास विचार करने के लिए पर्याप्त समय था और मेरे सभी प्रश्नों का उत्तर दिया जा चुका है। मैं समझता हूं कि इस दस्तावेज पर हस्ताक्षर करना दान की स्वीकृति की गारंटी नहीं देता है। मैं नीचे दिए गए मेरे हस्ताक्षर द्वारा इंगित सभी सूचीबद्ध प्रकटीकरणों की अपनी समझ को सत्यापित करता हूं।

सहमति का नाम*: हस्ताक्षर दिनांक:/...../.....

* यदि दाता के कानूनी उत्तराधिकारी के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित किया जाता है, तो सहमति और गवाहों के हस्ताक्षर इंगित करते हैं कि दाता शारीरिक रूप से हस्ताक्षर करने में असमर्थ है और निर्देश दिया है कि उनके अनुरोध पर फॉर्म पर हस्ताक्षर किए जाएं।

सहमति देने वाले व्यक्ति का पता (पिनकोड और पुलिस स्टेशन आवश्यक):

फोन संख्या:

ईमेल:

गवाह हस्ताक्षर1*: नाम: दिनांक:

गवाह हस्ताक्षर2*: नाम: दिनांक:

* 18 या उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों के दो गवाह हस्ताक्षर होने चाहिए। गवाह दान के लिए सहमति देने वाला व्यक्ति नहीं हो सकता है। कम से कम एक गवाह हस्ताक्षर एक उदासीन पार्टी होना चाहिए (रिश्तेदार या देखभाल करने वाला नहीं)।

कृपया दान प्रमाण पत्र भेजें:

नाम: दाता से संबंध:

घर का नंबर/क्षेत्र: शहर/कस्बा:

जिला: राज्य: पिनकोड:

फोन नं. (एसटीडी कोड के साथ): मोबाइल: ।

शपथ पत्र प्रारूप (10 रुपये गैर-न्यायिक स्टाम्प पेपर पर)

मैं, _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री _____

निवासी.....

मृत्यु के बाद स्वेच्छा से अपना शरीर शरीर रचना विभाग, एम्स] ऋषिकेश को शिक्षण और अनुसंधान उद्देश्यों के लिए दान करना चाहता हूँ।

मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मैंने अपने रिश्तेदारों को इस दान के बारे में सूचित कर दिया है और उन्हें इससे कोई आपत्ति नहीं है। मेरे मृत शरीर पर मेरे उत्तराधिकारियों का किसी भी प्रकार का कोई दावा नहीं है।

मैं इस वसीयत के माध्यम से, शरीर रचना विभाग एम्स ऋषिकेश को अपने शरीर का उपयोग/निपटान करने और उक्त संस्थान के निदेशक और चिकित्सा अधीक्षक को निष्पादक के रूप में नियुक्त करने का अधिकार भी प्रदान करता हूँ।

यदि मेरी मृत्यु किसी अन्य अस्पताल/संस्थान में होती है, तो मेरे रिश्तेदार मेरी मृत्यु के बारे में शरीर रचना विभाग एम्स] ऋषिकेश को सूचित करने और इसे कम से कम समय में ले जाने के लिए जिम्मेदार होंगे।

इसकी गवाही मैं, मैंने इस वसीयत पर (महीने) _____ वर्ष _____ के इस _____ दिन को गवाहों के रूप में निकटतम परिजनों की उपस्थिति में वसीयतकर्ता के रूप में हस्ताक्षर किए हैं।

उसी दिन मेरी उपस्थिति में उपरोक्त नामित वसीयतकर्ता द्वारा हस्ताक्षरित और हम में से प्रत्येक ने वसीयतकर्ता की उपस्थिति में गवाहों को प्रमाणित करने के रूप में अपना नाम हस्ताक्षर किया है

गवाह I के हस्ताक्षर

नाम:

पता:

दूरभाष संख्या:

दाता/वसीयतकर्ता के हस्ताक्षर

नाम:

पता:

दूरभाष संख्या:

गवाह II के हस्ताक्षर

नाम:

पता:

दूरभाष संख्या:

अगले परिजनों के हस्ताक्षर

नाम:

संबंध:

पता:

दूरभाष संख्या:

दस्तावेजों की सूची:

1. पासपोर्ट साइज फोटो- 2
2. पारिवारिक फोटोग्राफ- 1 (वैकल्पिक)
3. पहचान का प्रमाण (पैन कार्ड, वोटर आईडी, सरकार द्वारा जारी कोई भी आईडी, पास पोर्ट)
4. पते का प्रमाण (बिजली बिल, टेलीफोन बिल, राशन कार्ड, पास पोर्ट, वोटर आईडी, अधिवास, ड्राइविंग लाइसेंस)

संपर्क सूत्र

- प्रो ब्रिजेन्द्र सिंह -8003996900
- प्रो0 मुकेश सिंगला-9837691777
- श्री अजय रावत&9873879827
- श्री रूपेश कुमार सैनी&8006363069
- श्री संदीप&9568315441