



তৃতীয় পক্ষের জন্য অনুমোদন ক্ষমতা সম্বন্ধি নাবালকের চিকিৎসায় সম্বন্ধি

- আমি পিতা বা মাতা
 অভিভাবক
 অন্য বেক্তি যার আইনি হেফাজত আছে _____
(সম্পর্ক বর্ণনা দেন)

এর (নাবালকের নাম) _____, একজন বালক।

আমি এতদ্বারা অনুমোদন দিচ্ছি (এজেন্টের নাম) _____, কে একজন এজেন্ট হিসেবে কাজ করার জন্য যেকোনো এজেন্টের পরিষ্কা, এনেশ্বেটিক, মেডিকেল, সারজিকাল অথবা ডেন্টাল রোগ অথবা চিকিৎসা করার জন্য হাসপাতালে যত্নের জন্য যা প্রয়োজনীয় তা নির্ণয় করতে। আমি তাকে অনুমতি দিচ্ছি যেন এসিয়ান প্যাসিফিক হেলথ কেয়ার ভেঞ্চার এনক, (APHCV) এ কোন লাইসেন্সক্রিত ডাক্তার অধীনে অনুষ্ঠিত রোগ নির্ণয়ে অথবা চিকিৎসার জন্য আমার অনুমতিত প্রতিনিধি করার জন্য।

আমি বুঝতে পারছি যে এই অনুমোদন রোগ নির্ণয়ের, চিকিত্সা, বা হাসপাতালে যত্ন শেবা পাওয়ার অগ্রিম দেওয়া হবে, কিন্তু সব ধরনের রোগ নির্ণয়ের, চিকিত্সা, বা হাসপাতালে যত্ন যা লাইসেন্সকৃত ডাক্তার বা দাঁতের বিশেষ পরামর্শে দেওয়া হবে তার সম্বন্ধি এই এজেন্টের দিতে হবে।

এই অনুমোদন পারিবারিক কোড অনুচ্ছেদ ৬৯০১ এর বিধান অনুসারে দেওয়া হয়।

আমি এতদ্বারা পারিবারিক কোড অনুচ্ছেদ ৬৯১০ এর বিধানাবলি অনুসেবা আমাদের ক্লিনিকে (APHCV) চিকিৎসা প্রদানের অনুমদনে চিকিত্সার সমাপ্তির উপর পূর্বকথিত প্রতিনিধিকে নাবালকের শারীরিক হেফাজতে সমর্পণ করে দিতে চাই।

এই অনুমোদন দারা স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তা কোড অনুচ্ছেদ ১২৮৩ অনুসারে দেওয়া হয়।

এই অনুমতিতে কার্যকর থাকবে (মাস এবং দিন _____ পর্যন্ত কার্যকর থাকবে ২০ _____, উপরে নামে প্রতিনিধিকে বিতরণ যদি না শুভস্য লিখিতভাবে প্রত্যাহার ১ বছর সর্বোচ্চ)।

তারিখ : _____

স্বাক্ষর : _____

প্রিন্ট নাম : _____
(বৃত্ত সম্পর্ক: পিতা বা মাতা / আইনগত অভিভাবক / আইনি হেফাজতে ব্যক্তি)