

നേത്രദാന സമ്മതപത്രം

1. മരണശേഷം എന്റെ കണ്ണുകൾ.....ആശുപത്രിയിലെ നേത്ര ബാങ്കിലേയോ, കേരളത്തിലെ ഏതെങ്കിലും ഒരു അംഗീകൃത നേത്ര ബാങ്കിലേയോ ഡോക്ടർ ഓപ്പറേഷൻ ചെയ്തു എടുക്കുന്നതിനും അത് ചികിത്സാപരമായ ആവശ്യങ്ങൾക്ക് യുക്തമായ രീതിയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നതിനും ഇതിനാൽ പൂർണ്ണമായി ഞാൻ സമ്മതിച്ചിരിക്കുന്നു.

എന്ന്.

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

മേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

2. ശ്രീ. / ശ്രീമതി.യുടെ അടുത്ത ബന്ധുവായ* എനിക്ക് മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന കാര്യത്തിന് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണ്.

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

മേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

3. സാക്ഷികൾ**

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

മേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

*അടുത്ത ബന്ധുവെന്നുദ്ദേശിക്കുന്നത് ഭാര്യ/ഭർത്താവ്, പിതാവ്/ മാതാവ്, പ്രായപൂർത്തിയായ സഹോദരി സഹോദരന്മാർ/മക്കൾ എന്നിവരിൽ ഒരാൾ. നേത്രദാനത്തിന്റെ വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്ന ബന്ധുവിനാണ് ഒപ്പിടുന്നതിന് മുൻഗണന കൊടുക്കേണ്ടത്.

** സാക്ഷികൾ ബന്ധുക്കളോ അടുത്ത വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്നവരോ ആകുന്നതാണ് നല്ലത്.

*** നേത്രദാന സമ്മതപത്രത്തിന്റെ മൂന്ന് കോപ്പികൾ പുരിപ്പിച്ച് നൽകേണ്ടതാണ്.