

നേത്രദാന സമ്മതപത്രം

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

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

പൂർണ്ണമായമേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

2. ശ്രീ/ശ്രീമതി.....ന്റെ/യുടെ.....  
(ഭർത്താവ്/ഭാര്യ/പിതാവ്/മാതാവ്/മകൾ/മകൻ/സഹോദരൻ/സഹോദരി എന്നിവരിൽ\*അടുത്തബന്ധുവായ ഒരാൾ) എനിക്ക് മുകളിൽ പറഞ്ഞ പ്രകാരം നേത്രദാനത്തിന് പൂർണ്ണ സമ്മതമാണെന്ന് ഇതിനാൽ രേഖപ്പെടുത്തി കൊള്ളുന്നു.  
എന്ന്,

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

പൂർണ്ണമായമേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

3. സാക്ഷി \*\*

പേര്.....വയസ്സ്.....ഒപ്പ്.....

പൂർണ്ണമായമേൽവിലാസം.....

ഫോൺ നമ്പർ..... തീയതി.....

\*അടുത്തബന്ധുവെന്നുദ്ദേശിക്കുന്നത്ഭർത്താവ്/ഭാര്യ/പിതാവ്/മാതാവ്/മകൾ/മകൻ/സഹോദരൻ/സഹോദരി എന്നിവരിൽ ഒരാൾ. നേത്രദാനാവിന്റെ വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്ന ബന്ധുവിനാണ് ഒപ്പിടുന്നതിന് മുൻഗണന കൊടുക്കുക.

\*\* സാക്ഷി ബന്ധുവോ, അടുത്ത വീട്ടിൽ താമസിക്കുന്ന നിങ്ങളുടെ ആഗ്രഹം മരണാനന്തരം നടപ്പിലാക്കുമെന്ന് വിശ്വസിക്കുന്ന വ്യക്തിയായിരിക്കും നല്ലത്

ഈ നേത്രദാന സമ്മതപത്രം നിങ്ങളുടെ അടുത്തുള്ള നേത്രബാങ്കിൽ കൊടുക്കുക. നേത്രബാങ്കിൽ നിന്ന് നിങ്ങൾ സമ്മതപത്രം നൽകിയതിന് ശേഷം അതിന്റെ രേഖ ചോദിച്ച് വാങ്ങിക്കുക.