



འགོངས་ཤོག་ཨང་། ༡ འགན་ལེན་ཡིག་ཚག

FORM NO. 1 CONSENT FORM

1. མིང་/ Name .....

ལོ། / Age .....

ཁ་བྱང་།/Address .....

ཁ་བར་ཨང་། /Contact number .....

སློབ་འབྲིན་ཨང་།/ E-Mail .....

2. ག་གམ་གསལ་དོན་ཚན་ནམས་ལ་ཡིན་མིན་རྟགས་རྒྱུ་བ། Tick Yes/No to below given points

བྱིད་རང་ནད་ཅན་ནད་རྟགས་ལྡན་པ་ཡིན་ནམ། Are you Covid-19 Positive with symptomatic patient

ནད་ཅན་མངོན་ཚུལ་ནད་རྟགས་ཚུང་བ་ཡིན་ནམ། Are you Covid-19 Positive with mild symptom patient

ནད་ཅན་ནད་རྟགས་གང་ཡང་མེད་པ། Are you Covid-19 Positive but asymptomatic patient

3. ད་ལྟ་སྒྲིན་གཞན་གང་ཡང་བསྟེན་གྱི་ཡོད་དམ་མེད། ཡོད།/མེད།

Are you under any other medications now? Yes / No

4. བྱིད་ལ་སྒྲིན་འདིའི་ངོ་བོ་དང་དབྱེ་བ་འཛོད་སྒྲིབ་སོགས་ཇི་ཡིན་གསལ་བཤད་གནང་བྱུང་ངམ། ལྟོ་བྱང་།/མ་བྱུང་།

Are you informed of the nature/type/Safety of the medications given to you? Yes / No

5. བྱིད་ལ་གསོ་བ་རིག་སའི་སྐོར་ལེས་རྟགས་ཡོད་དམ། ཡོད།/མེད།

Do you know about Sowa-Rigpa (Tibetan Medicine) Yes / No

6. བྱིན་ཅག་དེ་ལྟ་བུ་སྐྱོད་ཀྱི་ནད་པ་ཡིན་ནམ། ཡིན། / མིན།

Are you a patient of Sowa-Rigpa (Tibetan Medicine) earlier? Yes / No

### ཁས་ལེན། / Declaration

འདི་ནས་འགྲུབ་བཟོད་གསལ་ལོ་གནང་དོན་བཞིན་སྐྱོད་གཤམ་གསལ་མིང་དང་ས་རྒྱལ་ས་གོད་པ་ནས་སྐྱོད་པ་  
.....ས་གནས་.....

གནས་སྐོད་ལ་སྤྱིའི་གཞོན་ལྷན་གསལ་གང་ཡང་མེད་པའི་ཐོག་སྐྱོད་པས་གསོ་བཅོས་གང་དང་གང་གནང་བ་རྣམས་ལ་  
རང་ཉིད་ནས་འདོད་མོས་ཐོག་དང་ལེན་ཞུ་བ་དང་ཆབས་ཅིག་འགན་འཁུར་ཡང་གཅིག་མཚུངས་ཞུ་རྒྱུ་ཡིན།

I undersigned, am fully satisfied with the clear information given and give my full consent to Dr. .... Place.....for the treatment/therapy he is providing and, I am taking his/her medications with my freewill without any outside pressure and am fully responsible for the decision taken herewith.

སཁོའི་རྒྱུ་སྐྱོད་པ་ / Signature

ས་གནས་ / Place

བྱི་ལོ། ལྷན། ཚེས། / Date