

LOK NAYAK HOSPITAL, NEW DELHI
FAMILY WELFARE CENTRE

I Daughter/Wife of Shri
aged about years of at present residing at
..... (here state permanent address)
do hereby give my consent to the termination of my pregnancy of Lok Nayak Hospital.

.....
(State the Name of Centre where the pregnancy is to be terminated.)

Place :

Date :

(Signature of patient)

TO BE FILLED IN BY GUARDIAN WHEN THE WOMEN IS LUNATIC OR MINOR

I son/daughter/wife of Shri
aged about years of at present residing at
..... (here state permanent address)
do hereby give my consent to the termination of pregnancy of my ward
..... who is minor/lunatic
(Place of termination)

Place:

Date:

(Signature of Guardian)

लोक नायक अस्पताल, नई दिल्ली

परिवार कल्याण नियोजन केन्द्र

फार्म-सी

(धारा 5 देखें)

मैं पुत्री/पत्नी
श्री आयु लगभग वर्ष,
..... की (निवासी) वर्तमान
(स्थायी पता यहां दें)

समय में पर रह रही है,
लोक नायक अस्पताल में

(जहां पर गर्भपात किया जाना है, स्थान का नाम दें)

अपने गर्भपात करवाने की यहां अनुमति देती हूं।

स्थान:

हस्ताक्षर

तिथि:

(संरक्षक द्वारा भरे जाने के लिए, जहां महिला मानसिक रूप से अस्वस्थ या अल्पव्यस्क है)

मैं पुत्र/पुत्री/पत्नी
श्री आयु लगभग वर्ष

(स्थायी पता)

का/की (निवासी), वर्तमान समय में
पर रह रहा/रही हूं, अपने वार्ड

लोक नायक अस्पताल, नई दिल्ली में

जो कि अल्पव्यस्क/पागल है, के

(गर्भपात का स्थान)

गर्भपात करने की अनुमति देता/देती हूं।

स्थान:

हस्ताक्षर

तिथि:

173-LNH-ND-05-15000 COPIES-HQ/ITER-CHD