



**Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret** (Urdu)  
(ناک کان گلے کے علاج کے معیار کی جانچ کیلئے نارویجن رجسٹری - ٹانسل سرجری رجسٹری)

<b>رضامندی کا فارم</b>	
<input type="checkbox"/> 12 سال سے کم عمر بچہ	
<input type="checkbox"/> 12 اور 16 سال کے درمیان عمر کا بچہ	
<input type="checkbox"/> 16 سال سے بڑے افراد	
رجسٹری ٹانسل سرجری رجسٹری	
Klinikk/avdeling / کلینک/شعبہ	Registeransvarligs navn / رجسٹری کے سربراہ کا نام
<p>میں نے اپنے لیے/بچے کی جانب سے/نوعمر فرد کی جانب سے معلوماتی پرچہ 'ٹانسل سرجری رجسٹری میں نام درج کروانے کے بارے میں استفسار' پڑھ لیا ہے اور مجھے اس کے بارے میں آگہی حاصل ہوئی ہے اور یہ معلومات دی گئی ہیں: رجسٹری کا مقصد، کونسی ذاتی تفصیلات درج کی جائیں گی، تفصیلات کہاں سے حاصل کی جائیں گی، تفصیلات کو آگے کس طرح مہیا کیا جائے گا، نیز رجسٹری میں درج تفصیلات سے آگاہی، ان میں تبدیلی اور انہیں حذف کروانا۔</p> <p>جمع شدہ تفصیلات کو صرف مریضوں کے علاج کا معیار یقینی بنانے اور ٹانسلز سرجری پر تحقیق کے سلسلے میں استعمال کیا جائے گا۔</p>	
<p>میں اس پر رضامند ہوں کہ میرے بارے میں/بچے کے بارے میں/نوعمر فرد کے بارے میں تفصیلات کو ٹانسل سرجری رجسٹری میں درج کر لیا جائے اور انہیں ٹانسلز سرجری کا معیار یقینی بنانے اور تحقیق کے سلسلے میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔</p>	
Pasientens fødselsnummer (11 siffer) / تاریخ پیدائش اور شناختی نمبر ( 11 بندسے)	Pasientens navn med blokkbokstaver / مریض کا نام، بڑے نارویجن حروف میں
رشتہ (ماں، باپ، قانونی سرپرست)	Underskrift (pasient over 16 år eller foresatte for den under 16 år) / دستخط (16 سال سے اوپر عمر کے افراد دستخط کریں۔ 16 سال سے کم عمر کے افراد کیلئے ان کے سرپرست دستخط کریں)
ای میل	موبائل نمبر
<b>Fylles ut av representant for registeret</b> / یہ حصہ ٹانسل سرجری رجسٹری کا نمائندہ مکمل کرے	
Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om Tonsilleregisteret / میں ٹانسل سرجری رجسٹری کے بارے میں معلومات دینے کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں:	
Navn med blokkbokstaver / نام، بڑے نارویجن حروف میں	
Underskrift / دستخط	Dato / تاریخ
Eventuelle kommentarer / تبصرے	