

Attending Physician's Statement - Disability Claim

চিকিৎসা প্ৰদানকাৰী চিকিৎসকৰ বিবৃতি - অক্ষমতাৰ ক্লেইম

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

টোকা : প্ৰতিটো পৃষ্ঠাতে শেষাংশত অনুগ্রহ কৰি স্বাক্ষৰ প্ৰদান কৰিব

DOCTOR'S DETAILS:

চিকিৎসকৰ সবিশেষ :

Name of the Attending Physician: _____

চিকিৎসা প্ৰদানকাৰী চিকিৎসকগৰাকীৰ নাম :

Name of the Clinic / Hospital: _____

ক্লিনিক / চিকিৎসালয়খনৰ নাম :

Address: _____

ঠিকনা :

Contact No.: _____

যোগাযোগ নম্বৰ :

E-mail address: _____

ইমেইল আই ডি :

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

দাবীদাৰ / ৰোগীৰ সবিশেষ :

Name of the Claimant: _____

দাবীদাৰৰ নাম :

Address: _____

ঠিকনা :

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____

বয়স আৰু লিঙ্গ :

চিকিৎসালয় ভৰ্তি হোৱা ৰোগীৰ নম্বৰ :

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

কোনটো অক্ষমতা উদ্ভৱ হৈছিল সেয়া নিৰ্দিষ্ট কৰক :

Loss of sight of one Eye

এটা চকুৰ দৃষ্টিহীনতা

Loss of Hearing

শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা

Loss of speech and hearing

বাকশক্তি আৰু শ্ৰৱণশক্তি হেৰুওৱা

Loss on use of one Limb

এটা অংগৰ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱাৰা অৱস্থা

Loss of use of two limbs

দুয়োটা অংগৰ ব্যৱহাৰ কৰিব নোৱাৰা অৱস্থা

Loss of Speech

বাকশক্তি হেৰুওৱা

Loss of sight of both the eyes

দুয়োটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুওৱা

Loss of one limb & loss of sight of one eye

এটা অংগ বা এটা চকুৰ দৃষ্টি হেৰুওৱা

HISTORY

পূৰ্বৰ সবিশেষ

Date of first Consultation: _____

প্ৰথমবাৰ চিকিৎসা পৰামৰ্শ গ্ৰহণ কৰা তাৰিখ :

Details of the Doctor who treated first: _____

প্ৰথমবাৰ চিকিৎসা প্ৰদান কৰা চিকিৎসকগৰাকীৰ সবিশেষ :

Date of appearance of first symptoms: _____

প্ৰথমবাৰ উপসৰ্গ দেখা তাৰিখ :

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No

ৰোগীগৰাকীয়ে অতীততো তেনে বা ঠিক তেনেধৰণৰ পৰিস্থিতিত ভুগিছিল নেকি :

হয়

নহয়

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____

(যদি হয় তেন্তে কেতিয়া হৈছিল সেয়া উল্লেখ কৰক। অনুগ্রহ কৰি প্ৰয়োজনসাপেক্ষে আন এটা পৃষ্ঠা গাঁথি দিয়ক)...

PRESENT CONDITION:

বর্তমানৰ অৱস্থা :

Subjective symptoms: _____

বিষয়গত উপসর্গ বা লক্ষণ :

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

লক্ষণীয় দিশসমূহ (ইয়াত বর্তমানৰ এক্স-ৰেই, ইচিজি বা অন্য কোনো বিশেষ পৰীক্ষাৰ ফলাফলসমূহ সন্নিবিষ্ট থাকিব।)

DIAGNOSIS:

পৰীক্ষাসমূহ :

Please provide details: _____

অনুগ্রহ কৰি সবিশেষ দাখিল কৰক :

TREATMENT:

চিকিৎসা

Date of first visit: _____

প্রথমবাৰ সাক্ষাৎৰ তাৰিখ :

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____

অপ্ৰি নং / হাস্পাতাল নং / ভৰ্তি হোৱা ৰোগীৰ নং :

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____

অন্তিমটো সাক্ষাৎৰ তাৰিখ :

সাক্ষাৎৰ সঘনতা (সাপ্তাহিক / মাহেকীয়া / অইন)

Date of Last examination: _____

অন্তিমটো পৰীক্ষাৰ তাৰিখ :

Is this Disability permanent: _____

এই অক্ষমতাটো স্থায়ী নেকি:

Is this Disability Reversible: _____

এই অক্ষমতাটো পুনৰ হ'ব পাৰে নেকি :

What was the cause of disability: _____

এই অক্ষমতাৰ কাৰণ কি :

Is this disability result of Accident: _____

এই অক্ষমতা দুৰ্ঘটনাৰ ফলত হৈছে নেকি :

PROGRESS:

স্বাস্থ্যৰ উন্নতি :

 Recovered
উপশম Improved
উন্নয়ন Unimproved
অপৰিবৰ্তনীয় Retrogressed
অৱনতি**MENTAL CONDITION:**

মানসিক অৱস্থা

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? _____

ৰোগীগৰাকীৰ স্বাস্থ্যৰ উন্নয়ন সাধন হৈছে নেকি সেয়া চাবলৈ কোনো পৰীক্ষাৰ ব্যৱস্থা কৰা হৈছে নেকি ?

 Yes

হয়

 No

নহয়

DECLARATION:

ঘোষণা :

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

এই বিবৃতিসমূহ মোৰ জ্ঞান আৰু বিশ্বাস অনুযায়ী সম্পূৰ্ণ সত্য আৰু সম্পূৰ্ণ

Name & Signature of the Physician: _____

চিকিৎসকগৰাকীৰ নাম আৰু স্বাক্ষৰ :

Date: _____

তাৰিখ :

Qualifications: _____

অৰ্হতাসমূহ :

Reg. No.: _____

পঞ্জীয়ন নং :

(Seal)

(ছীলমোহৰ)

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

টোকা : বর্তমানৰ পলিচী চিকিৎসা প্ৰ-পত্ৰখনত প্ৰকৃত বিষয়বস্তুসমূহ ইংৰাজীৰ লগতে ইয়াৰ আঞ্চলিক ভাষাৰ অনুবাদসমূহো আছে। কোনোক্ষেত্ৰত যদি অনুবাদ সংস্কৰণটো মূল ইংৰাজীৰ সৈতে মিল নাথাকে তেন্তে তেনেক্ষেত্ৰত ইংৰাজী সংস্কৰণটোকে চূড়ান্ত বুলি ধৰা হ'ব আৰু সেইটো চলি থাকিব।