

Attending Physician's Statement - Disability Claim

പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പ്രസ്താവന - വൈകല്യ ക്ലെയിം

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ശ്രദ്ധിക്കുക: അടിയന്തിരമുള്ള എല്ലാ പേജുകളിലും ദയവായി ഒപ്പിടുക.

DOCTOR'S DETAILS:

ഡോക്ടറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Attending Physician: _____
 പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്:

Name of the Clinic / Hospital: _____
 ക്ലിനിക്കിന്റെ/ആശുപത്രിയുടെ പേര്:

Address: _____
 വിലാസം:

Contact No.: _____ E-mail address: _____
 സമ്പർക്ക നം.: _____ ഇമെയിൽ

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ/രോഗിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Claimant: _____
 ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്

Address: _____
 വിലാസം:

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
 വയസ്സും ലിംഗവും ആശുപത്രി/പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗി നമ്പർ

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

ഏത് വൈകല്യമാണ് ബാധകമെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക:

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ഒരു കണ്ണിന്റെ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb കൈകാലുകളിലേതെങ്കിലും നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes ഇരു കണ്ണിന്റെയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing കേൾവി ഇല്ലാതാകൽ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs രണ്ട് അവയവങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ഒരു അവയവവും ഒരു കണ്ണിന്റെ കാഴ്ചയും നഷ്ടപ്പെടൽ
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing സംസാരശേഷിയും കേൾവിയും നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാരശേഷി നഷ്ടപ്പെടൽ	

HISTORY

ചരിത്രം

Date of first Consultation: _____
 ആദ്യം കൺസൾട്ട് ചെയ്ത തീയതി:

Details of the Doctor who treated first: _____
 ആദ്യം ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Date of appearance of first symptoms: _____
 ആദ്യ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ട തീയതി

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No
 രോഗിക്ക് ഇതേ അവസ്ഥ അല്ലെങ്കിൽ സമാനമായ അവസ്ഥ മുമ്പെപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: ഇല്ല ഇല്ല

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
 ("ഉ" എങ്കിൽ, എപ്പോഴാണെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ മറ്റൊരു ഷീറ്റ് ചേർക്കുക):

