

Attending Physician's Statement - Disability Claim

उपचार करणाऱ्या चिकित्सक (डॉक्टर) चे विधान – विकलांगता दावा

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

नोंद: कृपया सर्व पानांवर खाली सही करा

DOCTOR'S DETAILS:

डॉक्टरचा तपशील:

Name of the Attending Physician: _____ उपचार करणाऱ्या चिकित्सकाचे नाव:	
Name of the Clinic / Hospital: _____ चिकित्सालय / रुग्णालयाचे नाव:	
Address: _____ पत्ता:	
Contact No.: _____ संपर्क क्रमांक	E-mail address: _____ ई-मेल पत्ता:

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

दावेदार / रुग्णाचा तपशील :

Name of the Claimant: _____ दावेदाराचे नाव:	
Address: _____ पत्ता:	
Age & Sex: _____ वय व लिंग:	Hospital/Indoor Patient Number: _____ रुग्णालय / आंतरिक रुग्ण क्रमांक:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

कोणते अपंगत्व लागू आहे ते नमूद करा:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye
एका डोळ्याची दृष्टी गमावली | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb
एका अवयवाची क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes
दोन्ही डोळ्यांची दृष्टी गमावली |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing
श्रवण क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs
दोन्ही अवयवांची क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye
एका अवयवाची क्षमता गमावली व एका डोळ्यांची दृष्टी गमावली |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing
भाषण व श्रवण क्षमता गमावली | <input type="checkbox"/> Loss of Speech
भाषण क्षमता गमावली | |

HISTORY

इतिहास

Date of first Consultation: _____ पहिला सल्ला घेतलेली तारीख:	
Details of the Doctor who treated first: _____ पहिल्यांदा उपचार करणाऱ्या डॉक्टरचा तपशील	
Date of appearance of first symptoms: _____ पहिली लक्षणे दिसली ती तारीख:	
Has the patient ever had the same or similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No रुग्ण ह्या किंवा अशाच परिस्थितीतून पूर्वी गेला / गेली आहे का: होय नाही	
(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____ (जर "होय" असेल तर केव्हा व तपशील पुरवा. गरज असेल तर अन्य कागद जोडा)	

PRESENT CONDITION:

सध्याची परिस्थिती:

Subjective symptoms: _____
उद्देश्य लक्षण:Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
वस्तुगत निष्कर्ष (सध्याचा क्ष किरण, इसीजी किंवा दुसऱ्या खास चाचणीचे निष्कर्ष / निकाल)**DIAGNOSIS:**

रोगनिदान

Please provide details: _____
कृपया तपशील पुरवा:**TREATMENT:**

औषधोपचार:

Date of first visit: _____
पहिल्या भेटीची तारीख:OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
ओपी क्रमांक / रुग्णालय क्रमांक / आंतरिक रुग्ण क्रमांक:Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
शेवटच्या भेटीची तारीख: _____ भेटीची वारंवारता (साप्ताहिक / मासिक / इतर)Date of Last examination: _____
शेवटच्या परिक्षण /तपासणीची तारीख:Is this Disability permanent: _____
विकलांगता कायम स्वरूपी आहे का:Is this Disability Reversible: _____
विकलांगता परिवर्तनीय आहे का:What was the cause of disability: _____
विकलांगतेचे कारण काय होते:Is this disability result of Accident: _____
विकलांगता अपघाताचा परिणाम आहे का:**PROGRESS:**

प्रगती:

 Recovered Improved Unimproved Retrogressed
पूर्णतः बरा सुधारणा सुधारणा नाही अवनती**MENTAL CONDITION:**

मानसिक स्थिती:

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes No
घनादेशावर सही करायला रुग्ण सक्षम आहे का व त्या नंतर उत्पन्न वापरायला मार्गदर्शन देऊ शकेल का? होय नाही**DECLARATION:**

घोषणा:

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

माझा जाणकारी व विश्वास प्रमाणे ही विधाने खरी व पूर्ण आहेत

Name & Signature of the Physician: _____ Date: _____
चिकित्सक (डॉक्टर) चे नाव व स्वाक्षरी तारीखQualifications: _____
योग्यता:Reg. No.: _____
नोंदणी क्रमांक:(Seal)
मुद्रा (सील)

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.

नोंद: ह्या पॉलिसी सेवा अर्जात मूळ मजकूर इंग्रजीमध्ये आहे व सोबत त्याचा अनुवाद प्रामाणिक भाषेत आहे जर मूळ मजकूर व अनुवाद केलेला मजकूर यात फरक आढळला तर मूळ इंग्रजी आवृत्ती ही अंतीम समजून घ्याव्यात मानली जाईल.