

HOSPITAL CERTIFICATE

अस्पताल का प्रमाणपत्र

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(जाँचकर्ता चिकित्सक द्वारा भरे जाने के लिए)

Patient Details:

रोगी का विवरण:

Name of the Patient: _____ रोगी का नाम:	Telephone No: _____ टेलीफोन नं.:
Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> आयु: _____ (कृपया सही का निशान लगाएं) लिंग: पुरुष स्त्री	
Address of the Patient: _____ रोगी का पता	Telephone No: _____ टेलीफोन नं.:
Name & Address of the Physician:(As Applicable): _____ चिकित्सक का नाम और पता: (जैसे लागू हो):	Telephone No: _____ टेलीफोन नं.:
Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____ अस्पताल का नाम और पता: (जैसे लागू हो):	Telephone No: _____ टेलीफोन नं.:
Hospital Inpatient No / MRD No: _____ अस्पताल की आंतरिक सं. / MRD सं.:	Telephone No: _____ टेलीफोन नं.:

Particulars of Complaints and Symptoms:

शिकायतों और लक्षणों का विवरण:

1. Reason for Hospitalization: _____ अस्पताल में भर्ती होने का कारण:	
2. Date of first diagnosis/surgery: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) प्रथम रोगी-निदान/सर्जरी की तिथि	(दिदि/मम/वववव)
3. Date and time of admission: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) भर्ती होने की तिथि व समय:	(दिदि/मम/वववव) (24 घंटे के स्वरूप में)
4. Date and time of Discharge: ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format) छुट्टी होने की तिथि व समय:	(दिदि/मम/वववव) (24 घंटे के स्वरूप में)
5. Exact diagnosis (es)/condition(s) : _____ सही रोग-निदान/अवस्था(एँ):	
6. Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY) प्रथम परामर्श की तिथि अस्पताल में भर्ती होने से पहले:	(दिदि/मम/वववव)
7. Was the Patient admitted to ICU? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If "Yes" Please specify below details: क्या रोगी को आईसीयू में भर्ती किया गया था? हाँ नहीं यदि "हाँ" तो कृपया नीचे विवरण दें:	
8. A) With what complaints was the patient admitted for? रोगी को किन शिकायतों के लिए भर्ती किया गया था? B) Since when was the patient suffering from the said complaint? रोगी को कथित शिकायत कब से है?	
9. Please give previous medical history of the patient: _____ कृपया रोगी का पिछला चिकित्सीय इतिहास दें	
10. Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____ क्या यह बीमारी किसी पूर्ववर्ती बीमारी या अवस्था की समस्या है? यदि 'हाँ' तो कृपया विवरण दें।	
11. Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____ क्या मौजूदा बीमारी का संबंध शराब या नशीली दवाइयों के असर से है?	
12. Exact cause of Illness: (if others Please specify) _____ बीमारी का सही कारण: (यदि अन्य तो कृपया स्पष्ट करें) Congenital <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/> Pre-existing <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> : _____ जन्मजात आकस्मिक पूर्ववर्ती असमर्थता अन्य:	
13. ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____ ICD 10 कोड की गई प्रक्रियाओं का विवरण:	
14. Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____ जाँचकर्ता चिकित्सक/सर्जन की अतिरिक्त टिप्पणी:	
15. Nature of identity proof submitted by patient: _____ रोगी द्वारा जमा किए गए पहचान प्रमाण का स्वरूप:	

16.

Sr. no क्रम सं.	Hospital Details अस्पताल का विवरण	To be filled by Physician/Hospital चिकित्सक/अस्पताल द्वारा भरे जाने के लिए
a.	Hospital Registration number अस्पताल पंजीकरण संख्या	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) अस्पताल में आंतरिक रोगी बिस्तरों की संख्या (आईसीयू सहित)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital अस्पताल में पूर्णतः सुसज्जित ऑपरेशन थिएटरों की संख्या	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital अस्पताल में योग्य नर्सों की संख्या	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock अस्पताल में दिन-रात उपलब्ध पूर्णतः योग्य चिकित्सकों की संख्या	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

रोगी का इलाज करने या उसे सलाह देने वाले चिकित्सक/सर्जन का विवरण।

Name of the Doctor / Surgeon चिकित्सक/सर्जन का नाम	Contact Details संपर्क विवरण

Declaration:

घोषणा:

By The Hospital

अस्पताल द्वारा

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

हम एतद्वारा घोषणा करते हैं कि इस दावा फॉर्म में दी गई जानकारी हमारे ज्ञान और भरोसे के अनुसार सच और सही है। जिसके द्वारा हम अस्पताल में इलाज कराने वाले उपरोक्त व्यक्ति की पहचान को प्रमाणित करते हैं।

Doctor's name & Qualification: _____

चिकित्सक का नाम और योग्यता:

Doctor's Signature: _____ Date: _____

चिकित्सक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

Address & Seal: _____

पता और मुहर:

(To be attested with Hospital Seal)

(अस्पताल की मुहर द्वारा अनुप्रमाणित किए जाने के लिए)

Note: All the questions are mandatory.

नोट: सभी प्रश्न अनिवार्य हैं।