

HOSPITAL CERTIFICATE
रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

उपचार करणाऱ्या चिकित्सक (डॉक्टर)ने भरावे

Patient Details:

रुग्णाचा तपशील:

Name of the Patient: _____
रुग्णाचे नाव: _____

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
वय: _____ कृपया चौकटीत खूण करा) लिंग: पुरुष स्त्री

Address of the Patient: _____
रुग्णाचा पत्ता: _____

Telephone No: _____
दूरध्वनी क्रमांक: _____

Name & Address of the Physician:(As Applicable): _____
चिकित्सक (डॉक्टर)चे नाव व पत्ता (लागू असेल तर) _____

Telephone No: _____
दूरध्वनी क्रमांक: _____

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____
रुग्णालयाचा नाव व पत्ता (लागू असेल तर) _____

Telephone No: _____
दूरध्वनी क्रमांक: _____

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
रुग्णालयाचा रुग्णाचा क्रमांक/ एमआरडी क्रमांक: _____

Particulars of Complaints and Symptoms:

तक्रारी व लक्षण यांचा तपशील:

1. Reason for Hospitalization: _____
रुग्णालयात भरती होण्याचे कारण: _____

2. Date of first diagnosis/surgery: ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
पहिल्या रोगनिदान / शस्त्रक्रियेची तारीख: (दद/मम/वववव)

3. Date and time of admission: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
दाखल होण्याची तारीख व वेळ: (दद/मम/वववव) (२४ तासाचा फॉर्मेट)

4. Date and time of Discharge: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
बाहेर पडण्याची तारीख व वेळ: (दद/मम/वववव) (२४ तासाचा फॉर्मेट)

5. Exact diagnosis (es)/condition(s) : _____
अचूक रोगनिदान / स्थिती: _____

6. Date of first Consultation (prior to hospitalization) ___/___/____ (DD/MM/YYYY)
पहिल्या सल्लामसल्लतची तारीख (रुग्णालयात भरती होण्याआधी) (दद/मम/वववव)

7. Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
रुग्णालयात आयसीयु मध्ये दाखल केले होते का? होय नाही जर "होय" कृपया खालील तपशील पुरवा

☑ Date and time of Admission into ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
आयसीयु मध्ये दाखल होण्याची तारीख व वेळ: (दद/मम/वववव) (२४ तासाचा फॉर्मेट)

☑ Date & time of Discharge from ICU: ___/___/____ (DD/MM/YYYY) ___:___ (in 24 Hrs format)
आयसीयु मधून बाहेर पडण्याची तारीख व वेळ: (दद/मम/वववव) (२४ तासाचा फॉर्मेट)

8. A) With what complaints was the patient admitted for? _____
रुग्ण कोणत्या तक्रारीमुळे दाखल झाला होता?

B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____
रुग्णालयात कधीपासून ह्या तक्रारीचा त्रास होत होता?

9. Please give previous medical history of the patient: _____
कृपया रुग्णाचा आधीचा वैद्यकीय इतिहास द्या

10. Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____
पूर्वत असलेल्या रोग किंवा स्थितीच्या विलम्बित परिणाम हा आजार आहे का? जर "होय" कृपया तपशील पुरवा

11. Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____
सध्याचा आजार मद्य किंवा नशिल्या औषधांच्या प्रभावामुळे झाला आहे का?

12. Exact cause of Illness: (if others Please specify)
आजाराचे अचूक कारण: (जर इतर असेल तर कृपया नमूद करा)
Congenital Accidental Pre-existing Disability Others : _____
जन्मजात अपघाती पूर्वत विकलांगता इतर :

13. ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
आयसीडी १० कोड: केलेल्या कार्यप्रणालीचा तपशील:

14. Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
चिकित्सक (डॉक्टर) / शल्य चिकित्सकाचे अतिरिक्त शेर

15. Nature of identity proof submitted by patient: _____
रुग्णाने जोडलेला ओळखपुरावा प्रकार

16.

Sr. no अनुक्रमांक	Hospital Details रुग्णालयाचा तपशील	To be filled by Physician/Hospital चिकित्सक (डॉक्टर) / रुग्णालयाने भरावे
a.	Hospital Registration number रुग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) रुग्णालयात रुग्णांकरिता किती बिछाने (आयसीयु धरून) आहेत	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital रुग्णालयात किती सज्ज शस्त्रक्रिया कक्ष आहेत	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital रुग्णालयात किती योग्यतापात्र परिचारिका आहेत	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock रुग्णालयात किती योग्यतापात्र २४ तास कार्यरत डॉक्टर आहेत	

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

रुग्णावर औषधोपचार करणाऱ्या चिकित्सक (डॉक्टर) / शल्य चिकित्सकाचा तपशील

Name of the Doctor / Surgeon चिकित्सक (डॉक्टर)चे / शल्य चिकित्सकाचे नाव	Contact Details संपर्क तपशील

Declaration:

धोषणा:

By The Hospital

रुग्णालयाकडून

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.

आम्ही ह्याद्वारे घोषित करतो की, ह्या दावा अर्जात पुरवलेली माहिती आमच्या ज्ञान आणि समजूतीप्रमाणे सत्य व परिपूर्ण आहे. ह्याद्वारे ज्या व्यक्तीवर ह्या रुग्णालयात औषधोपचार झाले, त्या व्यक्तीची ओळख आम्ही प्रमाणित करतो

Doctor's name & Qualification: _____

डॉक्टरचे नाव व योग्यता

Doctor's Signature: _____ Date: _____

डॉक्टरची स्वाक्षरी

तारीख

Address & Seal: _____

पत्ता व मोहर (सील)

(To be attested with Hospital Seal)

(रुग्णालयाच्या सील सोबत साक्षांकित करावे)

Note: All the questions are mandatory.

नोंद: सर्व प्रश्न आवश्यक आहेत

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 पॉलिसीसेवा अर्जात मूळ मजकूर ईंग्रजीमध्ये आहे व सोबत त्याचा अनुवाद आहे. शिक्षाभाषेत आहे जर मूळ मजकूर व अनुवाद केलेला मजकूर यात फरक आढळला तर मूळ ईंग्रजी आवृत्ती ही अंतीम समजून घ्याव्यात मानली जाईल.