

## Attending Physician's Statement - Disability Claim ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਬਿਆਨ – ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਦਾਅਵਾ

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਪੰਨਿਆਂ 'ਤੇ ਥੱਲੇ ਦਸਖ਼ਤ ਕਰੋ।

### DOCTOR'S DETAILS:

#### ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Name of the Attending Physician: \_\_\_\_\_

ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:

Name of the Clinic/Hospital: \_\_\_\_\_

ਕਲੀਨਿਕ/ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ:

Address: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ:

Contact No.: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ:

E-mail address: \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ:

#### CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS: /ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Name of the Claimant: \_\_\_\_\_

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:

Address: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ:

Age & Sex: \_\_\_\_\_ Hospital/Indoor Patient Number: \_\_\_\_\_

ਉਮਰ ਅਤੇ ਲਿੰਗ:

ਹਸਪਤਾਲ/ਹਸਤਪਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ:

#### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE: /ਦਾਖਲ ਕਰੋ ਜੋ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye<br>ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਜਾਣਾ        | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb<br>ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝੇ ਹੋ ਜਾਣਾ   | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes<br>ਦੋਵਾਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ  |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing<br>ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ                     | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs<br>ਦੋ ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਹੋ ਜਾਣਾ | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye<br>ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing<br>ਬੋਲਣ ਅਤੇ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ | <input type="checkbox"/> Loss of Speech<br>ਬੋਲਣ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ                              |   |

### HISTORY

#### ਇਤਿਹਾਸ

Date of first Consultation: \_\_\_\_\_

ਪਹਿਲੇ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Details of the Doctor who treated first: \_\_\_\_\_

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਜਿਸਨੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਵੇਖਿਆ ਸੀ:

Date of appearance of first symptoms: \_\_\_\_\_

ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਵਿਖਾਈ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Has the patient ever had the same or similar condition in past:  Yes  No  
ਕੀ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹੀ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਜੁਲਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ ਹੈ:  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): \_\_\_\_\_  
(ਜੇਕਰ "ਹਾਂ," ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਸ਼ੀਟ ਲਵੋ ਜੇਕਰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ):

#### PRESENT CONDITION:

ਵਰਤਮਾਨ ਹਾਲਤ:

Subjective symptoms: \_\_\_\_\_  
ਸਬਜੈਕਟਿਵ ਲੱਛਣ:

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_  
ਅਬਜੈਕਟਿਵ ਨਤੀਜੇ (ਵਰਤਮਾਨ ਐਕਸਰੇ, ਈਸੀਜੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ):

#### DIAGNOSIS:

ਰੋਗ ਦਾ ਵਰਣਨ:

Please provide details: \_\_\_\_\_  
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ:

#### TREATMENT:

ਇਲਾਜ:

Date of first visit: \_\_\_\_\_  
ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ:

OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_  
ਓਪੀ ਨੰਬਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਨੰਬਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ:

Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_  
ਅੰਤਿਮ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਵਾਰਵਾਰਤਾ (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ/ਮਾਸਿਕ/ਹੋਰ):

Date of Last examination: \_\_\_\_\_  
ਅੰਤਿਮ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Is this Disability permanent: \_\_\_\_\_  
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਸਥਾਈ ਹੈ: \_\_\_\_\_

Is this Disability Reversible: \_\_\_\_\_  
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਪਰਿਵਰਤਨੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

What was the cause of disability: \_\_\_\_\_  
 ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਦਾ ਕਾਰਕ ਕੀ ਸੀ: \_\_\_\_\_

Is this disability result of Accident: \_\_\_\_\_  
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਕਾਰਣ ਹੋਈ: \_\_\_\_\_

**PROGRESS:**

**ਵਿਕਾਸ ਅਵਸਥਾ:**

Recovered ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ     
  Improved ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ     
  Unimproved ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ     
  Retrogressed ਵਾਪਸ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

**MENTAL CONDITION:**

**ਦਿਮਾਗੀ ਹਾਲਤ:**

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?  Yes  No  
 ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਸਮਰੱਥਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸਮਰੱਥ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

**DECLARATION:**

**ਘੋਸ਼ਣਾ:**

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.  
 ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਬਿਆਨੀਆਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀਆਂ ਹਨ।

Name & Signature of the Physician: \_\_\_\_\_  
 ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਖ਼ਤ:

Date: \_\_\_\_\_  
 ਮਿਤੀ:

Qualifications: \_\_\_\_\_  
 ਯੋਗਤਾਵਾਂ:

Reg. No.: \_\_\_\_\_  
 ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰਬਰ:

(Seal)  
 (ਮੋਹਰ)