

**HOSPITAL CERTIFICATE**

மருத்துவமனை சான்றிதழ்

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(கவனித்துக்கொள்ளும் மருத்துவரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

**Patient Details:**

நோயாளியின் விவரங்கள்

Name of the Patient: \_\_\_\_\_  
 நோயாளியின் பெயர் \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_ (Please Tick box) Sex: Male  Female   
 வயது (தயவுசெய்து பெட்டியில் டிக் செய்யவும்) பாலினம்: ஆண் பெண்  
 Address of the Patient: \_\_\_\_\_  
 நோயாளியின் முகவரி \_\_\_\_\_  
 Telephone No: \_\_\_\_\_  
 தொலைபேசி எண் \_\_\_\_\_  
 Name & Address of the Physician:(As Applicable): \_\_\_\_\_  
 மருத்துவரின் பெயர் மற்றும் முகவரி (பொருத்தமானபடி) \_\_\_\_\_  
 Telephone No: \_\_\_\_\_  
 தொலைபேசி எண் \_\_\_\_\_  
 Name & Address of the Hospital: (As Applicable): \_\_\_\_\_  
 மருத்துவமனையின் பெயர் மற்றும் முகவரி (பொருத்தமானபடி) \_\_\_\_\_  
 Telephone No: \_\_\_\_\_  
 தொலைபேசி எண் \_\_\_\_\_  
 Hospital Inpatient No / MRD No: \_\_\_\_\_  
 மருத்துவமனை உள்ளநோயாளி எண் / MRD எண் \_\_\_\_\_

**Particulars of Complaints and Symptoms:**

பிரச்சனைகள் மற்றும் அறிகுறிகளின் விவரங்கள் :

- Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
 மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டதற்கான காரணம்: \_\_\_\_\_
- Date of first diagnosis/surgery: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
 முதல் நோயறிகை / அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்ட தேதி
- Date and time of admission: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24மணி நேர வடிவமைப்பில்)
- Date and time of Discharge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 விடுவிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24மணி நேர வடிவமைப்பில்)
- Exact diagnosis (es)/condition(s) : \_\_\_\_\_  
 மிகச்சரியான நோயறிகை(கள்) / நிலை(கள்)
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
 (மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படுவதற்கு முன்னர்) முதலில் கலந்தாலோசனை செய்த தேதி:
- Was the Patient admitted to ICU? Yes  No  If "Yes" Please specify below details:  
 நோயாளி ICUக்கு அனுமதிக்கப்பட்டாரா? ஆம் இல்லை "ஆம்" எனில் தயவுசெய்து பின்வரும் விவரங்களைக் குறிப்பிடவும்  
 Date and time of Admission into ICU: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ICUக்கு அனுமதிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24மணி நேர வடிவமைப்பில்)  
 Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
 ICUவிட்டு வந்த விடுவிக்கப்பட்ட தேதி மற்றும் நேரம் (24மணி நேர வடிவமைப்பில்)
- A) With what complaints was the patient admitted for?  
 நோயாளி என்ன பிரச்சனைகளுடன் அனுமதிக்கப்பட்டார்?  
 B) Since when was the patient suffering from the said complaint?  
 நோயாளி எப்போதுமுதல் மேற்குறிப்பிட்ட பிரச்சனைகளிலிருந்து பாதிக்கப்பட்டு வருகின்றார்?
- Please give previous medical history of the patient:  
 தயவுசெய்து நோயாளியின் முந்தைய மருத்துவ வரலாற்றை வழங்கவும்:
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details.  
 இந்த சுகவீனம் அவருக்கு முன்பே இருக்கின்ற நோய் அல்லது நிலையின் சிக்கலால் ஏற்பட்டதா? "ஆம்" எனில் தயவுசெய்து விவரங்களை வழங்கவும்
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs?  
 தற்போதைய சுகவீனம் மது அருந்தியதால் அல்லது விஷத்தன்மை கொண்ட மருந்துகளை அருந்தியதால் ஏற்பட்டதா?
- Exact cause of illness: (if others Please specify)  
 நோயின் மிகச்சரியான காரணம்: (வேறு ஏதேனும் எனில், தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்)  
 Congenital  Accidental  Pre-existing  Disability  Others   
 பிறவியில் தற்செயலாக முன்னர் உள்ள ஊனத்தின் மற்றவை  
 நோயின் காரணமாக காரணமாக
- ICD 10 Code: \_\_\_\_\_ Details of Procedure/s done: \_\_\_\_\_  
 ICD 10 குறியீடு செய்யப்பட்ட செயல்முறையின்/களின் விவரங்கள்
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: \_\_\_\_\_  
 கவனித்துக்கொள்ளும் மருத்துவர் /அறுவைசிகிச்சை நிபுணரின் கூடுதல் குறிப்புகள்
- Nature of identity proof submitted by patient: \_\_\_\_\_  
 நோயாளியால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட அடையாளச் சான்றின் இயல்பு

16.

Sr. no வ. எண்	Hospital Details மருத்துவமனை விவரங்கள்	To be filled by Physician/Hospital மருத்துவர்/மருத்துவமனையால் நிரப்பப்பட வேண்டும்
a.	Hospital Registration number மருத்துவமனை பதிவு எண்	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) மருத்துவமனையில் உள்ள உள்நோயாளிப் படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை (உட்பட)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital மருத்துவமனையில் உள்ள முற்றிலும் ஆயத்தமாக இருக்கக்கூடிய அறுவை சிகிச்சை அரங்குகள்	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital மருத்துவமனையில் உள்ள தகுதியுடைய செவிலியர்களின் எண்ணிக்கை	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock அனைத்து நேரங்களிலும் மருத்துவமனையில் இருக்கக்கூடிய முற்றிலும் தகுதியுடைய மருத்துவர்களின் எண்ணிக்கை	

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

நோயாளிக்கு சிகிச்சையளித்த அல்லது அறிவுரை வழங்கிய மருத்துவரின் / அறுவை சிகிச்சை நிபுணரின் விவரங்கள்

Name of the Doctor / Surgeon மருத்துவர் / அறுவைசிகிச்சை நிபுணரின் பெயர்	Contact Details தொடர்பு விவரங்கள்

**Declaration:**

உறுதிமொழி

**By The Hospital**

மருத்துவமனையால் வழங்கப்பட வேண்டும்

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.

இந்த உரிமைகோரல் படிவத்தில் கூறப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எங்கள் அறிவுக்கும் நம்பிக்கைக்கும் எட்டியவரை உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று நாங்கள் இதன்மூலம் உறுதியளிக்கிறோம். மேலும் இந்த மருத்துவமனையில் சிகிச்சைக்கு உள்ளான மேற்குறிப்பிட்ட நபரின் அடையாளம் இதன்மூலம் அங்கீகரிக்கப்படுகின்றது.

Doctor's name & Qualification: \_\_\_\_\_

மருத்துவரின் பெயர் & தகுதி:

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

மருத்துவரின் கையொப்பம்: \_\_\_\_\_ தேதி

Address & Seal: \_\_\_\_\_

முகவரி & முத்திரை

(To be attested with Hospital Seal)

(மருத்துவமனை முத்திரையுடன் சான்றொப்பமிடப்பட வேண்டும்)

**Note: All the questions are mandatory.**

குறிப்பு: அனைத்துக் கேள்விகளும் கட்டாயமானவை