

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र "अ"
ESENTIALITY CERTIFICATE 'A'

वाडिया हिमालय भू-विज्ञान संस्थान में कार्यरत श्री/श्रीमती/कुमारी
पुत्र/पुत्री/पत्नी प्रमाण पत्र प्रदान किया जाता है।
Certificate granted to Mr./Mrs./Mrs..... Wife/
Son/Daughter of employed in the Wadia Institute of Himalayan Geology Dehra Dun.

प्रमाण-पत्र "अ"
(उन रोगियों के मामले में भरे जाने के लिये जिन्हें उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया)
CERTIFICATE 'A'

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

1. मैं डा०..... एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ।
I Dr. hereby certify.
 - क. कि मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष में रोगी/के निवास पर चिकित्सा परामर्श के लिए ...
..... रुपये शुल्क प्राप्त किया।
(a) That I charged and received Rs for consultation on
(dates to be given) at my consulting room/at the residence of the patients.
 - ख. कि मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष में रोगी के निवास पर अंतःशिरा, अंतःमांसपेशी अथवा
अवत्यक अतः क्षेपण (इंजेक्शन) लगाया।
(b) That I charged and received Rs for administeringintravenous/intra-mus-
cular/subcutaneous injection on (Date to be given at my) am consulting room/the residence of the patient.
 - ग. कि लगाये गये इंजेक्शन प्रतिरक्षण अथवा निरोधोपचार के उद्देश्य से दिये गये/नहीं दिये गये थे।
(c) That the injections administered were not/were for immunising or prophylactic purposes.
 - घ. कि रोग की उपचार अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में किया गया
है तथा इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा विहित अधोलिखित रोगी के ठीक होने के लिए रोगी की स्थिति में गम्भीर गिरावट को रोकने के लिये
अनिवार्य था। यह दवाईयां..... (अस्पताल का नाम दें) अस्पताल में सार्वजनिक
रोगियों की आपूर्ति हेतु स्टॉक नहीं थी।
तथा इसमें ऐसी कोई सापत्तिक संपाक सम्मिलित नहीं है जिसके लिये समान चिकित्सालय महत्व के सस्ते पदार्थ
उपलब्ध है, न ही ऐसी संपाक सम्मिलित है जो प्रमुखतः भोजन, श्रृंगार प्रसाधन अथवा विसंक्रामक है।
(a) That the patient has been under treatment at hospital/my consulting room and
that the under mentioned medicines prescribed by me in the connection were esential for the recovery/prevention of serious
deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in (Name of hospital) for supply to
private patient and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are
available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.
- | औषधि का नाम
Name of Medicines | मूल्य
Price | औषधि का नाम
Name of Medicines | मूल्य
Price |
|----------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
| 1. | | 9. | |
| 2. | | 10. | |
| 3. | | 11. | |
| 4. | | 12. | |
| 5. | | 13. | |
| 6. | | 14. | |
| 7. | | 15. | |
| 8. | | 16. | |
- च. कि रोगी बीमारी से त्रस्त है/था तथा दिनांक से दिनांक.....
तक मेरे उपचार के अधीन है/था।
(e) That the patient is/was suffering from and is/was under my treatment from..... to
 - छ. कि रोगी को प्रसवपूर्व/प्रसवोपरान्त उपचार नहीं दिया गया है/दिया गया था।
(f) That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment
 - ज. कि एक्स-रे प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिये..... रुपये खर्च किए गए, आवश्यक थे तथा प्रयोगशाला में किये गये।
(g) That the X-ray Laboratory Test etc. for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and
were undertaken on my advice at..... (name of the hospital or Laboratory)
 - झ. मैंने रोगी को डॉ०..... के पास विशेषज्ञ परामर्श हेतु भेजा था तथा (प्रदेश के मुख्य
प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम दें) की आवश्यक संस्वीकृत प्राप्त कर ली गई थी जो नियमों के अन्तर्गत आवश्यक है।
(h) That I referred the patient to Dr..... for specialist consultation and that the necessary approval
of (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the state) as required under the rules was
obtained
 - ट. कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता थी/नहीं थी।
(i) That the patient did not require/required hospitalisation.

दिनांक

Dated.....

चिकित्सा अधिकारी के नाम तथा पद नाम तथा
अस्पताल/डिस्पेन्सरी का नाम जिसमें लगे हुए है
Signature & Designation of the Medical Officer
and Hospital/Dispensary to which attached.

विशेषज्ञ से परामर्श
CONSULTATION WITH SPECIALIST

प्राधिकृत चिकित्सा परिसर के अतिरिक्त किसी विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को अदा किया गया शुल्क
Fees paid to a specialist or a Medical Officer other than authorised medical attendant indicating.

- अ. परामर्शदाता विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारों का नाम तथा पदनाम तथा अस्पताल का नाम जिसमें लगे हुए है।
(a) The name and designation of specialist or Medical Officer consulted and the hospital to which attached.
- ब. परामर्शों की संख्या तथा तिथियां प्रत्येक परामर्श के लिए लिया गया शुल्क
(b) Number of dates of consultation and the fees charged for each consultation.
- स. क्या परामर्श अस्पताल में प्राप्त किया गया था / विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में अथवा रोगी के निवास स्थान पर
(c) Whether consultation was had at hospital / at the consulting room of the specialist or medical officer or the residence of the patient.
- द. क्या विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी से परामर्श, प्राधिकृत चिकित्सा परिवार को सलाह पर किया गया था तथा प्रदेश के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी की पूर्व-संस्वीकृति प्राप्त की ली गई थी। यदि ऐसा हो तो इस प्रभव का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए।
(d) Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the authorised Medical attendant and the prior approval of the chief Administrative Medical officer of the province was obtained. If so, a certificate to that effect should be attached.

चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष का पता
Address of the Consulting Room of the Medical Officer.

1. अध्यय (दावे) का कुल राशि.....	रुपये.....
Total Amount Claimed.....	Rs.....
2. अग्रिम को छोड़कर.....	रुपये.....
Total Amount Claimed.....	Rs.....
3. अध्यय की कुल राशि.....	रुपये.....
Total Amount Claimed.....	Rs.....
4. संलग्न की सूची.....	रुपये.....
Total Amount Claimed.....	Rs.....

कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर किये जाने हेतु घोषणा पत्र
Declaration to be signed by the Employee

मैं घोषणा करता हूँ कि आवेदन में दिये गए विवरण मेरे ज्ञान तथा विश्वास के अनुसार सत्य है तथा जिस व्यक्ति पर चिकित्सा खर्च किया गया है, पूर्णतया मेरे ऊपर आश्रित है।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependant upon me.

दिनांक
Dated.....

कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of the Employee

अंको में
के भुगतान के लिये पास कर दिया गया है।

रु० (शब्दों में) रु०.....
रु० (शब्दों में) रु०.....

Passed for payment of Rupees.....