

## Attending Physician's Statement - Disability Claim

### મુલાકાત લીધેલ ફીઝીશીયનનું નિવેદન- અપંગતાનો દાવો

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

નોંધ- મહેરબાની કરીને બધાં પાના પર નીચે સહી કરો.

#### DOCTOR'S DETAILS:

ડોક્ટરની વિગતો-

Name of the Attending Physician: _____ મુલાકાત લીધેલ ફીઝીશીયનનું નામ	
Name of the Clinic / Hospital: _____ ક્લિનિક/હોસ્પિટલનું નામ	
Address: _____ સરનામું	
Contact No.: _____ સંપર્ક નંબર	E-mail address: _____ ઈમેઈલ સરનામું

#### CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

દાવેદાર/દર્દીની વિગતો -

Name of the Claimant: _____ દાવેદારનું નામ	
Address: _____ સરનામું	
Age & Sex: _____ ઉંમર અને જાતિ	Hospital/Indoor Patient Number: _____ હોસ્પિટલ/આંતરિક દર્દી નંબર

#### SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

કઈ અપંગતા લાગુ પડે છે તે દર્શાવો

- |                                                                                  |                                                                              |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye<br>એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી    | <input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb<br>એક અંગના વપરાશની ખોટ     | <input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes<br>બન્ને આંખની દ્રષ્ટિની ખોટ                        |
| <input type="checkbox"/> Loss of Hearing<br>સાંભળવાની ખોટ                        | <input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs<br>બન્ને અંગના વપરાશની ખોટ | <input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye<br>એક અંગ અને એક આંખની દ્રષ્ટિ ગુમાવવી |
| <input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing<br>બોલવાની અને સાંભળવાની ખોટ | <input type="checkbox"/> Loss of Speech<br>બોલવાની ખોટ                       |                                                                                                             |

#### HISTORY

ઈતિહાસ

Date of first Consultation: _____ પહેલાં પરામર્શની તારીખ	
Details of the Doctor who treated first: _____ પહેલી સારવાર જે ડોક્ટરે કરી તેની વિગતો	
_____	
Date of appearance of first symptoms: _____ પહેલું લક્ષણ દેખાણું ત્યારની તારીખ	
Has the patient ever had the same or similar condition in past: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No શું ભૂતકાળમાં ક્યારેય પણ એજ કે એના જેવી પરિસ્થિતિ દર્દીને હતી <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____ (જો "હા" તો ક્યારે તે દર્શાવો અને માહિતી પૂરી પાડો મહેરબાની કરીને અન્ય પત્રિકા જોડો (જો જરૂરિયાત હોય તો)	
_____	

**PRESENT CONDITION:**

હાલની પરિસ્થિતિ

Subjective symptoms: \_\_\_\_\_

વિષયવાર લક્ષણો

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): \_\_\_\_\_

વૈકલ્પિક શોધો (હાલના એક્સ-રેનું પરિણામ, હાલના ઈસીજીનું પરિણામ અથવા અન્ય ખાસ પરિક્ષણોનો સમાવેશ થાય છે.)

**DIAGNOSIS:**

નિદાન:

Please provide details: \_\_\_\_\_

મહેરબાની કરીને વિગતો પૂરી પાડો

**TREATMENT:**

સારવાર

Date of first visit: \_\_\_\_\_

પહેલી મુલાકાતની તારીખ

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: \_\_\_\_\_

ઓપી નંબર/હોસ્પિટલ નંબર/આંતરિક દર્દી નંબર

Date of last visit: \_\_\_\_\_ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): \_\_\_\_\_

છેલ્લી મુલાકાતની વિગત

મુલાકાતોની આવૃત્તિ/સંખ્યા (અઠવાડિક/માસિક/અન્ય)

Date of Last examination: \_\_\_\_\_

છેલ્લી તપાસની તારીખ

Is this Disability permanent: \_\_\_\_\_

શું અપંગતા કાયમી છે?

Is this Disability Reversible: \_\_\_\_\_

શું આ અપંગતા ઉલટાવી શકાય તેવી છે?

What was the cause of disability: \_\_\_\_\_

અપંગતાનું કારણ શું હતું?

Is this disability result of Accident: \_\_\_\_\_

શું અપંગતા એ અકસ્માતનું કારણ છે?

**PROGRESS:**

પ્રગતિ

 Recovered

ફરીથી પેલા જેવી

 Improved

સુધરી ગયેલ

 Unimproved

બિનસુધરેલ

 Retrogressed

ભગડેલી

**MENTAL CONDITION:**

માનસિક પરિસ્થિતિ

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? \_\_\_\_\_

શું દર્દી તપાસમાં સમર્થન અને ત્યાંથી થયેલ આવકને દિશામાન કરવા સક્ષમ છે?

 Yes

હા

 No

ના

**DECLARATION:**

નિવેદન

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

આ વિધાનો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અને માન્યતા મુજબ સાચુ અને યોગ્ય છે.

Name &amp; Signature of the Physician: \_\_\_\_\_

ફીઝીશીયનનું નામ અને સહી

Date: \_\_\_\_\_

તારીખ

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

લાયકાતો

Reg. No.: \_\_\_\_\_

નોંધણી નંબર

(Seal)

(મુદ્રણ)

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.

નોંધ- આ હાલનું પોલિસી સેવા પત્રક તેનાં મૂળ સમાવિષ્ટોને અંગ્રેજીની સાથે તેનાં પ્રાદેશિક ભાષાંતરમાં પણ ધરાવે છે. અંગ્રેજી આવૃત્તિ અને અનુવાદિત આવૃત્તિ વચ્ચે કોઈ મતભેદના બનાવમાં અંગ્રેજી આવૃત્તિ આપરી ગણાશે અને માનવામાં આવશે.