

HOSPITAL CERTIFICATE

চিকিৎসালয়ৰ প্ৰমাণপত্ৰ

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(চিকিৎসা প্ৰদান কৰা চিকিৎসকগৰাকীয়ে পূৰ কৰিব)

Patient Details:

ৰোগীৰ সবিশেষ :

Name of the Patient: _____
ৰোগীৰ নাম :

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
বয়স : _____ (অনুগ্রহ কৰি বাকচত চিহ্নিত কৰক) লিঙ্গ : পুং স্ত্ৰী

Address of the Patient: _____
ৰোগীৰ ঠিকনা :

Telephone No: _____
টেলিফোন নং :

Name & Address of the Physician:(As Applicable): _____
চিকিৎসকগৰাকীৰ নাম আৰু ঠিকনা : (প্ৰয়োজ্য সাপেক্ষে) :

Telephone No: _____
টেলিফোন নং :

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____
চিকিৎসালয়খনৰ নাম আৰু ঠিকনা : (প্ৰয়োজ্য সাপেক্ষে) :

Telephone No: _____
টেলিফোন নং :

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
চিকিৎসালয়ৰ ৰোগী ভৰ্তি নং বা এমআৰডি নং :

Particulars of Complaints and Symptoms:

সমস্যাসমূহ আৰু উপসৰ্গসমূহৰ সবিশেষ :

- Reason for Hospitalization: _____
চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হোৱাৰ কাৰণ :
- Date of first diagnosis/surgery: ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
চিকিৎসা পৰীক্ষা বা অস্ত্ৰোপচাৰৰ তাৰিখ :
- Date and time of admission: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)
ভৰ্তি হোৱা তাৰিখ আৰু সময় : (দিন/মাহ/বছৰ) (২৪ ঘণ্টা হিচাপত)
- Date and time of Discharge: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)
চিকিৎসালয়ৰ পৰা অব্যাহতি লোৱা তাৰিখ : (দিন/মাহ/বছৰ) (২৪ ঘণ্টা হিচাপত)
- Exact diagnosis (es)/condition(s) : _____
সঠিক চিকিৎসা পৰীক্ষা (সমূহ) বা পৰিস্থিতি (সমূহ)
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
প্ৰথমবাৰ চিকিৎসা পৰামৰ্শকৰণৰ তাৰিখ (চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হিচাপত) (দিন/মাহ/বছৰ)
- Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
ৰোগীগৰাকী আইচিইউত ভৰ্তি হৈছে নেকি? হয় নহয়, যদি হয় তেন্তে তলৰ সবিশেষৰ মাজৰ পৰা নিৰ্দিষ্ট কৰক :
 - Date and time of Admission into ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)
আইচিইউত ভৰ্তি হোৱা তাৰিখ আৰু সময় : (দিন/মাহ/বছৰ) (২৪ ঘণ্টা হিচাপত)
 - Date & time of Discharge from ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____:____ (in 24 Hrs format)
আইচিইউৰ পৰা অব্যাহতি দিয়া হোৱা তাৰিখ আৰু সময় : (দিন/মাহ/বছৰ) (২৪ ঘণ্টা হিচাপত)
- A) With what complaints was the patient admitted for?
ৰোগীগৰাকীয়ে কি সমস্যা লৈ চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হৈছিল?
B) Since when was the patient suffering from the said complaint?
উক্ত সমস্যাতোত ৰোগীগৰাকী কেতিয়াৰ পৰা ভুগি আছে?
- Please give previous medical history of the patient:
অনুগ্রহ কৰি ৰোগীগৰাকীৰ পূৰ্বৰ কোনো চিকিৎসাজনিত সবিশেষ দাখিল কৰক :
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details.
বৰ্তমানে ভুগি থকা ৰোগ বা সমস্যাটো পূৰ্বৰ কোনো ৰোগৰ পৰা বা অৱস্থাৰ পৰা উদ্ভৱ হৈছে নেকি? যদি হয় তেন্তে তাৰ সবিশেষ উল্লেখ কৰক
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs?
বৰ্তমানে ভুগি থকা ৰোগ বা সমস্যাটো সুৰা বা কোনো নিচায়ুক্ত ড্ৰাগছ সেৱনৰ পৰা উদ্ভৱ হৈছে নেকি?
- Exact cause of Illness: (if others Please specify)
অসুস্থতাৰ প্ৰকৃত কাৰণ : (যদি অন্য কোনো কাৰণ আছে তেন্তে অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক)
Congenital Accidental Pre-existing Disability Others : _____
জন্মগত দুৰ্ঘটনাজনিত পূৰ্বৰ পৰা থকা অক্ষমতা অন্যান্য :
- ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
আইচিডি ১০ কোড : সম্পন্ন হোৱা প্ৰক্ৰিয়াটোৰ সবিশেষ :
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
উপস্থিত থকা চিকিৎসক বা ছাৰ্জানগৰাকীৰ অতিৰিক্ত মতামত :
- Nature of identity proof submitted by patient: _____
ৰোগীয়ে দাখিল কৰা পৰিচয় পত্ৰৰ ধৰণ :

16.

Sr. no ক্রমিক নং	Hospital Details চিকিৎসালয়ৰ সবিশেষ	To be filled by Physician/Hospital চিকিৎসক বা চিকিৎসকে পূৰ কৰিব
a.	Hospital Registration number চিকিৎসালয়ৰ পঞ্জীয়ন নং	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) চিকিৎসালয়ত ৰোগী ভৰ্তি কৰিবৰ বাবে বিচনাৰ সংখ্যা (আইচিইউক সামৰি)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital চিকিৎসালয়ত থকা সম্পূৰ্ণ সুসজ্জিত অপাৰেচন কক্ষৰ সংখ্যা	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital চিকিৎসালয়খনত থকা অৰ্হতা সম্পন্ন নাৰ্ছৰ সংখ্যা	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock চিকিৎসালয়খনত টোকাই থকা অৰ্হতা সম্পন্ন চিকিৎসকৰ সংখ্যা	

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

চিকিৎসক / ছাৰ্জনগৰাকীয়ে কৰা চিকিৎসাৰ সবিশেষ বা বোগীলৈ আগবঢ়োৱা পৰামৰ্শ

Name of the Doctor / Surgeon চিকিৎসক বা ছাৰ্জনৰ নাম	Contact Details যোগাযোগৰ সবিশেষ

Declaration:

ঘোষণা :

By The Hospital

চিকিৎসালয়ৰ দ্বাৰা

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.

আমি ইয়াৰ দ্বাৰা ঘোষণা কৰো যে আমাৰ বিশ্বাস আৰু জ্ঞান অনুসৰি ইয়াত দাখিল কৰা ক্লেইম প্ৰ-পত্ৰত উল্লেখ কৰা আটাইবোৰ তথ্যই সঁচা আৰু সঠিক। যাৰ দ্বাৰা এই চিকিৎসালয়ত চিকিৎসা গ্ৰহণ কৰা লোকগৰাকীৰ পৰিচয়ৰ সত্যতা বিচাৰ কৰা হয়।

Doctor's name & Qualification: _____

চিকিৎসকৰ নাম আৰু অৰ্হতা :

Doctor's Signature: _____

চিকিৎসকৰ স্বাক্ষৰ :

Date: _____

তাৰিখ :

Address & Seal: _____

ঠিকনা আৰু ছীলমোহৰ :

(To be attested with Hospital Seal)

(চিকিৎসালয়ৰ ছীলেৰে প্ৰত্যয়ন কৰিব)

Note: All the questions are mandatory.

টোকা : আটাইবোৰ প্ৰশ্নই বাধ্যতামূলক।

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.

টোকা : বৰ্তমানৰ পলিচী চাৰ্ভিচিং প্ৰ-পত্ৰখনত প্ৰকৃত বিষয়বস্তুমূহ ইংৰাজীৰ লগতে ইয়াৰ আঞ্চলিক ভাষাৰ অনুবাদসমূহো আছে। কোনোক্ষেত্ৰত যদি অনুবাদ সংস্কৰণটো মূল ইংৰাজীৰ সৈতে মিল নাথাকে তেন্তে তেনেকৈয়ে ইংৰাজী সংস্কৰণটোকে চূড়ান্ত বুলি ধৰা হ'ব আৰু সেইটো চলি থাকিব।