

Attending Physician's Statement - Disability Claim

പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പ്രസ്താവന - വൈകല്യ ക്ലെയിം

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ശ്രദ്ധിക്കുക: അടിയ്യിലുള്ള എല്ലാ പേജുകളിലും ദയവായി ഒപ്പിടുക.

DOCTOR'S DETAILS:

ഡോക്ടറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Attending Physician: _____
 പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറുടെ പേര്:

Name of the Clinic / Hospital: _____
 ക്ലിനിക്കിന്റെ/ആശുപത്രിയുടെ പേര്:

Address: _____
 വിലാസം:

Contact No.: _____ E-mail address: _____
 സമ്പർക്ക നം.: ഇമെയിൽ

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ/രോഗിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Claimant: _____
 ക്ലെയിം ചെയ്യുന്ന വ്യക്തിയുടെ പേര്

Address: _____
 വിലാസം:

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
 വയസ്സും ലിംഗവും ആശുപത്രി/പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗി നമ്പർ

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

ഏത് വൈകല്യമാണ് ബാധകമെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക:

<input type="checkbox"/> Loss of sight of one Eye ഒരു കണ്ണിന്റെ കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss on use of one Limb കൈകാലുകളിലേതെങ്കിലും നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of sight of both the eyes ഇരു കണ്ണിന്റെയും കാഴ്ച നഷ്ടപ്പെടൽ
<input type="checkbox"/> Loss of Hearing കേൾവി ഇല്ലാതാകൽ	<input type="checkbox"/> Loss of use of two limbs രണ്ട് അവയവങ്ങൾ നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of one limb & loss of sight of one eye ഒരു അവയവവും ഒരു കണ്ണിന്റെ കാഴ്ചയും നഷ്ടപ്പെടൽ
<input type="checkbox"/> Loss of speech and hearing സംസാരശേഷിയും കേൾവിയും നഷ്ടപ്പെടൽ	<input type="checkbox"/> Loss of Speech സംസാരശേഷി നഷ്ടപ്പെടൽ	

HISTORY

ചരിത്രം

Date of first Consultation: _____
 ആദ്യം കൺസൾട്ട് ചെയ്ത തീയതി:

Details of the Doctor who treated first: _____
 ആദ്യം ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടറുടെ വിശദാംശങ്ങൾ

Date of appearance of first symptoms: _____
 ആദ്യ രോഗലക്ഷണങ്ങൾ പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ട തീയതി

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No
 രോഗിക്ക് ഇതേ അവസ്ഥ അല്ലെങ്കിൽ സമാനമായ അവസ്ഥ മുമ്പെപ്പോഴെങ്കിലും ഉണ്ടായിട്ടുണ്ടോ: ഇല്ല ഇല്ല

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
 ("ഉ" എങ്കിൽ, എപ്പോഴാണെന്ന് വ്യക്തമാക്കുക, വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ മറ്റൊരു ഷീറ്റ് ചേർക്കുക):

PRESENT CONDITION:
നിലവിലെ അവസ്ഥ:

Subjective symptoms: _____
വിഷയബന്ധിത രോഗലക്ഷണങ്ങൾ:

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
വസ്തുനിഷ്ഠമായ കണ്ടെത്തലുകൾ (നിലവിലെ എക്സ്-റേകളുടെ, ഇ സി ജികളുടെ അല്ലെങ്കിൽ മറ്റേതെങ്കിലും പ്രത്യേക പരിശോധനകളുടെ ഫലങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തുക):

DIAGNOSIS:
രോഗനിർണയം:

Please provide details: _____
ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

TREATMENT:
ചികിത്സ:

Date of first visit: _____
ആദ്യ സന്ദർശന തീയതി:

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
ഒ പി നമ്പർ/ആശുപത്രി/പ്രവേശിപ്പിച്ച രോഗി നമ്പർ:

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
അവസാന സന്ദർശന തീയതി: സന്ദർശനങ്ങളുടെ ആവൃത്തി (പ്രതിവാരം/പ്രതിമാസം/മറ്റുള്ളവ):

Date of Last examination: _____
അവസാന പരിശോധനയുടെ തീയതി:

Is this Disability permanent: _____
വൈകല്യം സ്ഥിരമായതാണോ:

Is this Disability Reversible: _____
ഈ വൈകല്യം ചികിത്സിച്ചുണ്ടെടുത്താനാകുമോ:

What was the cause of disability: _____
വൈകല്യമുടകാൻ കാരണം എന്തായിരുന്നു:

Is this disability result of Accident: _____
അപകടം സംഭവിച്ചതിനെ തുടർന്നുണ്ടായതാണോ ഈ വൈകല്യം:

PROGRESS:
പുരോഗതി

Recovered സുഖപ്പെട്ടു Improved മെച്ചപ്പെട്ടിട്ടു Unimproved മെച്ചപ്പെട്ടിട്ടില്ല Retrogressed മുൻകാലത്തേതിലും മോശമായി

MENTAL CONDITION:
മാനസികാവസ്ഥ:

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes ഉവ്വ No ഇല്ല
ചെക്കുകൾ കൈപ്പറ്റാൻ അധികാരം നൽകാൻ രോഗിക്ക് കഴിയുമോ, അങ്ങനെ ഇതലയുടെ ആർജ്ജിച്ച സ്വത്തുപയോഗം നടത്താനാകുമോ?

DECLARATION:
പ്രസ്താവന:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.
എന്റെ ഉത്തമബോധത്തിലും വിശ്വാസത്തിലും ഈ പ്രസ്താവനകൾ സത്യവും പൂർണ്ണവുമാണ്.

Name & Signature of the Physician: _____ Date: _____
ചികിത്സകന്റെ പേരും ഒപ്പും: തീയതി:

Qualifications: _____
യോഗ്യതകൾ:

Reg. No.: _____ (Seal)
രജി. നം.: (സീൽ)

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.

നോട്ട്: ഈ നിലവിലെ സേവന രേഖയിൽ ഉദ്ദേശ്യപദങ്ങൾക്ക് മൂലഭാഷയിലും അതിന്റെ വിവർത്തനത്തിലും ഉള്ള വ്യത്യാസം ഉണ്ടായാൽ അതിന്റെ മൂലഭാഷയിലുള്ളത് അന്തിമമായിരിക്കും. ഇതിലേക്കുള്ള അഭിപ്രായ വ്യത്യാസം ഉണ്ടായാൽ ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഷയിലുള്ളത് അന്തിമമായിരിക്കും.