

Attending Physician's Statement - Disability Claim

ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਬਿਆਨ – ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਦਾਅਵਾ

Note: **PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.**

ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਪੰਨਿਆਂ 'ਤੇ ਥੱਲੇ ਦਸਖ਼ਤ ਕਰੋ।

DOCTOR'S DETAILS:

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Name of the Attending Physician: _____

ਹਾਜ਼ਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:

Name of the Clinic/Hospital: _____

ਕਲੀਨਿਕ/ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ:

Address: _____

ਪਤਾ:

Contact No.: _____

ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ:

E-mail address: _____

ਈਮੇਲ ਪਤਾ:

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS: /ਦਾਅਵੇਦਾਰ/ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ:

Name of the Claimant: _____

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ:

Address: _____

ਪਤਾ:

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____

ਉਮਰ ਅਤੇ ਲਿੰਗ:

ਹਸਪਤਾਲ/ਹਸਤਪਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE: /ਦਾਖਲ ਕਰੋ ਜੋ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:

Loss of sight of one Eye

ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਜਾਣਾ

Loss on use of one Limb

ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝੇ ਹੋ ਜਾਣਾ

Loss of sight of both the eyes

ਦੋਵਾਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ

Loss of Hearing

ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ

Loss of use of two limbs

ਦੋ ਅੰਗਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਹੋ ਜਾਣਾ

Loss of one limb & loss of sight of one eye

ਇੱਕ ਅੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅੱਖ ਦੀ ਰੋਸ਼ਨੀ ਦਾ ਜਾਣਾ

Loss of speech and hearing

ਬੋਲਣ ਅਤੇ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ

Loss of Speech

ਬੋਲਣ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਜਾਣਾ

HISTORY

ਇਤਿਹਾਸ

Date of first Consultation: _____

ਪਹਿਲੇ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Details of the Doctor who treated first: _____

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਜਿਸਨੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਵੇਖਿਆ ਸੀ:

Date of appearance of first symptoms: _____

ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਵਿਖਾਈ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No
ਕੀ ਅਤੀਤ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਅਜਿਹੀ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਜੁਲਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ ਹੈ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
(ਜੇਕਰ "ਹਾਂ," ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਸ਼ੀਟ ਲਵੋ ਜੇਕਰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ):

PRESENT CONDITION:

ਵਰਤਮਾਨ ਹਾਲਤ:

Subjective symptoms: _____
ਸਬਜੈਕਟਿਵ ਲੱਛਣ:

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
ਅਬਜੈਕਟਿਵ ਨਤੀਜੇ (ਵਰਤਮਾਨ ਐਕਸਰੇ, ਈਸੀਜੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ):

DIAGNOSIS:

ਰੋਗ ਦਾ ਵਰਣਨ:

Please provide details: _____
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ:

TREATMENT:

ਇਲਾਜ:

Date of first visit: _____
ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ:

OP Number/Hospital No./Indoor Patient No.: _____
ਓਪੀ ਨੰਬਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਨੰਬਰ/ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੰਬਰ:

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
ਅੰਤਿਮ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਮਿਤੀ: ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਵਾਰਵਾਰਤਾ (ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ/ਮਾਸਿਕ/ਹੋਰ):

Date of Last examination: _____
ਅੰਤਿਮ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮਿਤੀ:

Is this Disability permanent: _____
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਸਥਾਈ ਹੈ: _____

Is this Disability Reversible: _____
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਪਰਿਵਰਤਨੀ ਹੈ: _____

What was the cause of disability: _____
 ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਦਾ ਕਾਰਕ ਕੀ ਸੀ: _____

Is this disability result of Accident: _____
 ਕੀ ਇਹ ਅੰਗਰੀਣਤਾ ਹਾਦਸੇ ਦੇ ਕਾਰਣ ਹੋਈ: _____

PROGRESS:

ਵਿਕਾਸ ਅਵਸਥਾ:

Recovered ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ
 Improved ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ
 Unimproved ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ
 Retrogressed ਵਾਪਸ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

MENTAL CONDITION:

ਦਿਮਾਗੀ ਹਾਲਤ:

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes No
 ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਸਮਰੱਥਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਣ ਲਈ ਸਮਰੱਥ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

DECLARATION:

ਘੋਸ਼ਣਾ:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.
 ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਬਿਆਨੀਆਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀਆਂ ਹਨ।

Name & Signature of the Physician: _____
 ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਦਸਖਤ:

Date: _____
 ਮਿਤੀ:

Qualifications: _____
 ਯੋਗਤਾਵਾਂ:

Reg. No.: _____
 ਪੰਜੀਕਰਨ ਨੰਬਰ:

(Seal)
 (ਮੋਹਰ)