

HOSPITAL CERTIFICATE

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(ਉਪਚਾਰ ਕਰਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦੁਆਰੇ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

Patient Details:

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਬਿਓਰਾ

Name of the Patient: _____
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
ਉਮਰ : _____ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਟਿਕ ਕਰੀਏ) ਲਿੰਗ : ਪੁਰਖ ਤੀਵੀਂ

Address of the Patient: _____
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਤਾ

Telephone No: _____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ.

Name & Address of the Physician:(As Applicable): _____
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ : (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) :

Telephone No: _____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ.

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): _____
ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤਾ : (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) :

Telephone No: _____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰ.

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੰ. / ਏਮਆਰਡੀ ਨੰ.

Particulars of Complaints and Symptoms:

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਬਿਓਰਾ :

- Reason for Hospitalization: _____
ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਕਾਰਨ :
- Date of first diagnosis/surgery: ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
ਪਹਿਲੇ ਉਪਚਾਰ / ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ : (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ)
- Date and time of admission: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
ਭਰਤੀ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ : (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ) (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)
- Date and time of Discharge: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
ਛੁਟੀ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ : (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ) (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)
- Exact diagnosis (es)/condition(s) : _____
ਸਹੀ ਉਪਚਾਰ / ਸਹੀ ਹਾਲਤ :
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
ਪਹਿਲਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕਰਨ ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ) (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ)
- Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਆਈ ਸੀ ਯੂ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ, ਜੇਕਰ "ਹਾਂ" ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਕਲਪ ਨੂੰ ਚੁਣੋ :
 - Date and time of Admission into ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
ਆਈ ਸੀ ਯੂ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ : (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ) (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)
 - Date & time of Discharge from ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
ਆਈ ਸੀ ਯੂ ਵਲੋਂ ਛੁਟੀ ਦੇਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਮਾਂ : (ਦਿਨ / ਮਹੀਨਾ / ਸਾਲ) (24 ਘੰਟੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ)
- A) With what complaints was the patient admitted for? _____
ਕਿਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਭਰਤੀ ਕਰਾਇਆ ਗਿਆ ?
B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____
ਉਦੋਂ ਤੋਂ ਜਦੋਂ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਉਪਰੋਕਤ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਲੋਂ ਪੀੜਤ ਹੋਇਆ ਸੀ ?
- Please give previous medical history of the patient: _____
ਕ੍ਰਿਪਾ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਿਛਲੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾ ਇਤਹਾਸ ਦਿਓ :
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____
ਕੀ ਰੋਗ, ਪੂਰਵ ਦੀ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਪੂਰਵ ਰੋਗ ਦੇ ਕਾਰਨ ਉਲਝੀ ਹੈ ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ" ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਬਿਓਰਾ ਦਿਓ
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____
ਕੀ ਵਰਤਮਾਨ ਰੋਗ ਦਾ ਕਾਰਨ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣਾ ਜਾਂ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨਾਲ ਹੈ ?
- Exact cause of Illness: (if others Please specify) _____
ਰੋਗ ਦਾ ਸਟੀਕ ਕਾਰਨ : (ਜੇਕਰ ਕੁੱਝ ਨਾਲ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਸਦੀ ਚਰਚਾ ਕਰੋ)
Congenital Accidental Pre-existing Disability Others : _____
ਜੰਮਜਾਤ ਦੁਰਘਟਨਾ ਪਹਿਲਾਂ ਵਲੋਂ ਹੀ ਰੋਗ ਯੋਗਤਾ ਹੋਰ :
- ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
ਆਈਸੀ ਡੀ 10 ਕੋਡ : ਕੀਤੀ ਗਈ ਪਰਿਕ੍ਰਿਆ ਦਾ ਬਿਓਰਾ :
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
ਉਪਚਾਰ ਕਰਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ / ਸਰਜਨ ਦੀ ਇਲਾਵਾ ਟਿੱਪਣੀਆਂ :
- Nature of identity proof submitted by patient: _____
ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦੁਆਰੇ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪਹਿਚਾਣ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦਾ ਰੂਪ :

HOSPITAL CERTIFICATE

ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਪੱਤਰ

16.

Sr. no ਤਤਕਰਾ	Hospital Details ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਬਿਓਰਾ	To be filled by Physician/Hospital ਹਸਪਤਾਲ / ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
a.	Hospital Registration number ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਪੰਜੀਇਨ ਨੰ.	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕੁਲ ਪਲਗਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ (ਆਈ ਸੀ ਯੂ ਨੂੰ ਮਿਲਾਕੇ)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਲੋ ਸਮੱਗਰੀ ਸਹਿਤ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਯੋਗਿਅਤਾਧਾਰੀ ਨਰਸਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ਚੌੜੀ ਘੰਟੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਉਪਲੱਬਧ ਲਾਇਕ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ	

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

ਡਾਕਟਰਾਂ / ਸਰਜਨਾਂ ਦਾ ਬਿਓਰਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਰਾਮਰਸ਼ ਦਿੱਤਾ

Name of the Doctor / Surgeon ਡਾਕਟਰ / ਸਰਜਨ ਦਾ ਨਾਮ	Contact Details ਸੰਪਰਕ ਦਾ ਬਿਓਰਾ

Declaration:

ਘੋਸ਼ਣਾ :

By The Hospital

ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਦੁਆਰਾ

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.

ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਕਿ ਇਸ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕੁਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਦੁਆਰੇ ਸੱਚ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੈ। ਜਹਿਆ ਉਪਰੋਕਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿ ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਇਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

Doctor's name & Qualification: _____

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ

Doctor's Signature: _____

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

Date: _____

ਤਾਰੀਖ

Address & Seal: _____

(To be attested with Hospital Seal)

ਪਤਾ ਅਤੇ ਸੀਲ (ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਸੀਲ ਦੇ ਦੁਆਰੇ ਤਸਦੀਕ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)

Note: All the questions are mandatory.

ਨੋਟ : ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ