

HOSPITAL CERTIFICATE
ಆಸುಪತ್ರಿ ಧೃವೀಕರಣ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)
(ಪರೈವೇಕ್ಷಿಸ್ತುನ್ನು ಫಿಜಿಷಿಯನ್ ನಿಂಪಾಲಿ)

Patient Details:

ರೋಗಿ ವಿವರాలు:

Name of the Patient: _____
 ರೋಗಿ ಯొಕ್ಕು ಪೆರು:

Age: _____ (Please Tick box) Sex: Male Female
 ವಯಸ್ಸು: (ದಯಚೆಸಿ ಟಿಕ್ ಚೆಯಂಡಿ) ಲಿಂಗಂ: ಪುರುಷುಡು ಸ್ತ್ರೀ

Address of the Patient: _____ Telephone No: _____
 ರೋಗಿ ಯొಕ್ಕು ವಿರುನಾಮಾ: ಫಲಿಫಾನ್ ನಂ:

Name & Address of the Physician: (As Applicable): _____ Telephone No: _____
 ಫಿಜಿಷಿಯನ್ ಯొಕ್ಕು ಪೆರು ಮರಿಯು ವಿರುನಾಮಾ: (ವರ್ಟಿಂಚಿನಲ್ಲು): ಫಲಿಫಾನ್ ನಂ:

Name & Address of the Physician: (As Applicable): _____ Telephone No: _____
 ಫಿಜಿಷಿಯನ್ ಯొಕ್ಕು ಪೆರು ಮರಿಯು ವಿರುನಾಮಾ: (ವರ್ಟಿಂಚಿನಲ್ಲು): ಫಲಿಫಾನ್ ನಂ:

Hospital Inpatient No / MRD No: _____
 ಆಸುಪತ್ರಿ ಇನ್ ಪೆಷೆಂಟ್ ನಂ/ ಎಮ್ ಆರ್ ಡಿ ನಂ:

Particulars of Complaints and Symptoms:

ಫಿರಿಯಾದುಲು ಮರಿಯು ಲಕ್ಷಣಾಲು ಯొಕ್ಕು ವಿವರాలు:

- Reason for Hospitalization: _____
 ಆಸುಪತ್ರಿಲ್ ಚೆರಡಾನಿಕಿ ಕಾರಣಂ:
- Date of first diagnosis/surgery: ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
 ವ್ಯಾಧಿ ಯొಕ್ಕು ತೆದಿ (ಮೊದಲಿ ರೋಗ ನಿರ್ಧಾರಣ / ಕ್ಷಸ್ತ್ರ ವಿಶಿತ್ನು): (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ)
- Date and time of admission: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ಪ್ರವೇಶಂ ಯొಕ್ಕು ತೆದಿ ಮರಿಯು ಸಮಯಂ: (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ): (24 ಗಂಟಲ ರೂಪಂಲ್)
- Date and time of Discharge: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ವಿಡುಡಲ ಯొಕ್ಕು ತೆದಿ ಮರಿಯು ಸಮಯಂ: (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ): (24 ಗಂಟಲ ರೂಪಂಲ್)
- Exact diagnosis (es)/condition(s): _____
 ಖದ್ವಿತ್ಮನುನ ರೋಗನಿರ್ಧಾರಣ / ಪರಿಸ್ಥಿತಿ(ತುಲು):
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) ____/____/____ (DD/MM/YYYY)
 ಮೊದಲಿ ಸಂಪ್ರದಿಂಪು ತೆದಿ (ಆಸುಪತ್ರಿಲ್ ಚೆರೈಕ ಮುಂದು) (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ)
- Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
 ರೋಗಿ ಐನಿಯುಲ್ ಚೆರೈರಾ? ಅಪುಸು ಲೆಡು ಅಪುಸು ಅಯುತೆ, ದಯಚೆಸಿ ವಿವರಾಲು ಕ್ರಿಂಢ ತೆಲಪಂಡಿ:
 Date and time of Admission into ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ಐನಿಯು ಪ್ರವೇಶಂ ಯొಕ್ಕು ತೆದಿ ಮರಿಯು ಸಮಯಂ: (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ): (24 ಗಂಟಲ ರೂಪಂಲ್)
 Date & time of Discharge from ICU: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) ____ : ____ (in 24 Hrs format)
 ಐನಿಯು ಸುಂಡಿ ವಿಡುಡಲನ ತೆದಿ ಮರಿಯು ಸಮಯಂ: (ರೋ/ನಾ/ಸಂಸಂಸಂಸಂ): (24 ಗಂಟಲ ರೂಪಂಲ್)
- A) With what complaints was the patient admitted for? _____
 ರೋಗಿ ನಿ ವಿ ಫಿರಿಯಾದುತೆ ಚೆರೈಕುನಾರು?
 B) Since when was the patient suffering from the said complaint? _____
 ಅಟ್ಟಿ ಫಿರಿಯಾದುತೆ ವಿಪ್ಪಟಿ ಸುಂಡಿ ರೋಗಿ ಬಾಧಪಡುತುನಾರು?
- Please give previous medical history of the patient: _____
 ದಯಚೆಸಿ ರೋಗಿ ಯొಕ್ಕು ಗತ ವೈದ್ಯ ಚರಿತ್ರಸು ಇವ್ವಂಡಿ:
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. _____
 ವ್ಯಾಧಿ ಮುಂದಪ್ಪುಗಾ ಓನ್ನ ವ್ಯಾಧಿ ಲೆಡಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ? ಅಪುಸು ಅಯುತೆ, ದಯಚೆಸಿ ವಿವರಾಲು ಇವ್ವಂಡಿ.
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? _____
 ಪ್ರಸ್ತುತ ವ್ಯಾಧಿ ಮುಂದಪ್ಪುಗಾ ಲೆಡಾ ಮತ್ಯುಕಲಿಂಗಿಂಚೆ ಡ್ರಗ್ಸ್ ಯొಕ್ಕು ಫಲಿತಂಗಾ ವದ್ವಿನದಾ?
- Exact cause of Illness: (if others Please specify)
 ಅಸ್ಯಸ್ಥಿತಕ ಖದ್ವಿತ್ಮನುನ ಕಾರಣಂ: (ಇತರಮುಲು ಅಯುತೆ ದಯಚೆಸಿ ತೆಲಪಂಡಿ)
 Congenital Accidental Pre-existing Disability Others : _____
 ಪುಟ್ಟುತೆ ಓನ್ನದಿ ಪ್ರಮಾದಪಶಾತ್ರು ಮುಂದಪ್ಪುಗಾ ಓನ್ನದಿ ವೈಕಲ್ಯಂ ಇತರಮುಲು:
- ICD 10 Code: _____ Details of Procedure/s done: _____
 ಐಸಿಡಿ 10 ಕೋಡ್: _____ ಚೆಸಿನ ಪ್ರಕ್ರಿಯ(ಲ) ಯొಕ್ಕು ವಿವರಾಲು:
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: _____
 ಪರೈವೇಕ್ಷಿಸ್ತುನ್ನು ಫಿಜಿಷಿಯನ್/ಸರ್ಜನ್ ಯొಕ್ಕು ವ್ಯಾಖ್ಯಾಲು:
- Nature of identity proof submitted by patient: _____
 ರೋಗಿ ದಾಖಲು ಚೆಸಿನ ಗುರ್ಟಿಂಪು ರುಜುಪು ಯొಕ್ಕು ಸ್ವಭಾವಂ:

HOSPITAL CERTIFICATE

ఆసుపత్రి ధృవీకరణ సర్టిఫికేట్

16.

Sr.no పరుస నెం.	Hospital Details ఆసుపత్రి వివరాలు	To be filled by Physician/Hospital ఫిజిషియన్/ఆసుపత్రి నింపాలి
a	Hospital Registration number ఆసుపత్రి రిజిస్ట్రేషన్ నెంబర్	
b	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ఆసుపత్రిలో ఉన్న ఇన్ పేషెంట్ పడకల సంఖ్య (ఐసియుతో సహా)	
c	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ఆసుపత్రిలో పూర్తి సామర్థ్యం ఉన్న ఆపరేషన్ థియేటర్ల సంఖ్య	
d	No. of qualified nurses in the Hospital ఆసుపత్రిలో ఉన్న అర్హతగల నర్సుల సంఖ్య	
e	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ఇరవై నాలుగు గంటలూ ఆసుపత్రిలో ఉండే పూర్తిగా అర్హత పొందిన డాక్టర్ల సంఖ్య	

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

రోగికి చికిత్స చేసిన లేదా సలహా ఇచ్చిన డాక్టర్ల/ సర్జన్ల వివరాలు.

Name of the Doctor / Surgeon డాక్టర్/ సర్జన్ పేరు	Contact Details సంప్రదింపు వివరాలు

Declaration:

ధృవీకరణ:

By The Hospital

ఆసుపత్రి ద్వారా

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. Whereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ఈ క్లెయిం ఫర్మ్‌లో తెలిపిన సమాచారం మా పరిజ్ఞానం మరియు విశ్వాసం ప్రకారం నిజమని అని ఇందుమూలముగా మేము ధృవీకరిస్తున్నాము. ఈ ఆసుపత్రిలో చికిత్స పొందిన పై వ్యక్తి యొక్క గుర్తింపును మేము ఇందుమూలముగా ధృవీకరిస్తున్నాము.

Doctor's name & Qualification: _____
డాక్టర్ యొక్క పేరు మరియు అర్హత:

Doctor's Signature: _____ Date: _____
డాక్టర్ యొక్క సంతకం: _____ తేదీ :

Address & Seal:
(To be attested with Hospital Seal) _____
చిరునామా మరియు సీలు:
(ఆసుపత్రి సీలుతో ధృవీకరించాలి)

Note: All the questions are mandatory.

గమనిక: అన్ని ప్రశ్నలు తప్పనిసరి.

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.

గమనిక: ప్రస్తుత పాలసీ సర్వీసింగ్ ఫార్మ్ ఫారం ఒరిజినల్ విషయం ఇంగ్లీషులో మరియు దాని స్వభావ అనువాదం కలిగి ఉన్నది. అనువాద పాఠాంతరం మరియు ఒరిజినల్ ఇంగ్లీషు పాఠాంతరం మధ్య ఏదైనా అసంగీకారం తలెత్తిన ఇంగ్లీషు పాఠాంతరం అంతిమంగా పరిగణించబడుతుంది మరియు అమలువుతుంది.