

प्रमाण-पत्र " ख " / CERTIFICATE "B"

(उन रोगियों के लिए जिन्हें चिकित्सा के लिए अस्पताल में भरती की गई)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

_____ कार्यालय में कार्यरत श्री / श्रीमती
_____ के / की पत्नी / पुत्र / पुत्री / पिता / माता / श्रीमती /
श्री / कुमारी _____ को प्रदान किया गया प्रमाण-पत्र ।

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss _____ wife /
son / daughter of Mr. / Mrs. _____ employed in
the _____ .

भाग " क " /PART "A "

(अस्पताल के _____ के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए ।)

(To be signed by the Medical Officer incharge of the _____
_____ case of hospital)

मैं डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता / ती हूँ

I , Dr. _____ hereby certify

क) कि रोगी को _____) चिकित्सा
अधिकारी का नाम) मेरी सलाह पर अस्पताल में भरती किया गया की सलाह पर ।

a) that the patient was admitted to hospital on the advice of _____
_____ (name of the medical officer) on my advice.

ख) कि रोगी _____ अस्पताल में चिकित्सा पर है और इस
संबंध में , रोगी की हालत में गंभीर विकृति रोकने/ठीक होने के लिए मेरे द्वारा निम्नलिखित दवाइयों का
नुसखा लिखना परमावश्यक था । प्राइवेट रोगी को देने के लिए

_____ (अस्पताल का नाम) में ये दवाइयों उपलब्ध नहीं थीं तथा यह
ऐसा कोई स्वाम्य सम्पाक सन्निहित नहीं करती जिसके लिए समान चिकित्सीय महत्त्व का कोई सस्ता
पदार्थ उपलब्ध है , न ही ऐसा सम्पाक जो मुख्य रूप से खाद्य , प्रसाधन या विसंक्रामक है ।

b) That the patient has been under treatment at _____
_____ and that the undermentioned medicines prescribed by me
in this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the
patient. The medicines are not stocked in the _____ (name of the hospital)
for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of
equal therapeutic values are available nor operations which are primarily foods , toilets or disinfections.

दवाइयों के नाम
Name of medicines

कीमत
Price

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ग) दी गई सूझियाँ असंक्राम्यता या रोग निरोधी उद्देश्य हेतु थीं / नहीं थीं ।

c) That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes.

घ) रोगी _____ से पीड़ित है/था तथा दिनांक _____ से _____ तक मेरे चिकित्सा के अधीन है/था ।

d) that the patient is /was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____ .

ङ) एक्स-रे , प्रयोगशाला परीक्षण , आदि मेरी सलाह पर _____ प्रयोगशाला या अस्पताल का नाम) में करवाया गया जिसके लिए _____ रु. खर्च किया गया तथा जो आवश्यक था ।

e) that the X-ray , laboratory tests, etc. was got done for which an expenditure of Rs. _____ was incurred , were necessary and were undertaken on my advice at _____ (Name of hospital or laboratory).

च) मैंने रोगी को विशेषज्ञ परामर्श हेतु डॉ. _____ के यहाँ भेजा तथा नियमानुसार _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से आवश्यक अनुमोदन लिया गया था ।

f) that I called on Dr. _____ for specialist consultations and that the necessary approval of the _____ (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा
अधिकारी के हस्ताक्षर व पदनाम
Signature & Designation of the Medical
Officer incharge of the case at the hospital

भाग " ख " PART " B "

मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि रोगी _____ अस्पताल में चिकित्सा पर है और रोगी की हालत में गंभीर विकृति रोकने/ठीक होने के लिए विशेष नर्सों की सेवा अनिवार्य थी जिसके लिए _____ रु. का व्यय उपगत किया गया , जिनके बिल व रसीद संलग्न हैं ।

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. _____ was incurred , vide bills and receipts attached were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

अस्पताल में रोगी के प्रभारी चिकित्सा
अधिकारी के हस्ताक्षर व पदनाम
Signature & Designation of the Medical
Officer incharge of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित /COUNTERSIGNED

चिकित्सा अधीक्षक / MEDICAL SUPERINTENDENT

अस्पताल/hospital

मैं प्रमाणित करता / ती हूँ कि रोगी अस्पताल में मेरे उपचार के अंतर्गत रहा है तथा दी गई सुविधाएं कम-से-कम थीं , जो रोगी के उपचार हेतु परमावश्यक थीं ।

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the facilities provided were the minimum , which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक
MEDICAL SUPERINTENDENT
अस्पताल/Hospital

स्थान/Place :

टिप्पणी : जो प्रमाण-पत्र लागू न हो , को काट दें । प्रमाण-पत्र (घ) अनिवार्य है और उसको चिकित्सा अधिकारी को हर हाल में भरना जरूरी है ।

Note : Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.