राष्ट्रीय दृष्टि दिव्यांगजन सशक्तिकरण संस्थान

116-राजपुर मार्ग, देहरादून

103 चिकित्सा (क)

प्रमाण-पत्र "क"

..... में कार्यरत श्री/श्रीमती/कु० .....
..... की पत्नी/पुत्र/पुत्री/पिता/माता को प्रमाण पत्र दिया जाता है।

(यह उन रोगियों के मामले में भरा जाये, जो उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हुए हैं।)

मैं डॉ०.....प्रमाणित करता हूँ कि-

(क) मैंने .....हेतु अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर परामर्श करने हेतु रु० ..... प्राप्त किये। (तिथियाँ दी जाएं।)

(ख) मैंने ..... टीके अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर लगाने हेतु रु० .....प्राप्त किये।

(ग) लगाये गये टीके रोग निरोधक उद्देश्यों के लिए नहीं लगाये गये। (चिकित्सा अधिकारी)

(घ) रोगी..... अस्पताल/मेरे परामर्श कक्ष में उपचार करा रहा था और रोगी की स्थिति को देखते हुए उनके स्वास्थ्य/गंभीर स्थिति की रोकथाम हेतु मेरे द्वारा निर्दिष्ट निम्नलिखित दवाएं अनिवार्य थी। ये दवाएँ ..... के स्टॉक (अस्पताल का नाम) में नहीं थी और न ही समान उपचारात्मक मूल्य का कोई द्रव्य उपलब्ध था।

कैश मेमो सं०	दवाईयों का नाम	राशि

(च) रोगी ..... से पीड़ित है/ था और दिनांक..... से ..... तक मेरे द्वारा इलाज करा रहा था।

(छ) रोगी को जन्मपूर्व या जन्म पश्चात् उपचार नहीं दिया गया है/ था। (चिकित्सा अधिकारी)

(ज) एक्स-रे, लेबोरेटरी परीक्षण इत्यादि, जिन पर रु० ..... व्यय किये गये आवश्यक थे और ..... स्थान (अस्पताल या लैब का नाम) पर मेरे सुझाव से किये गये।

(झ) मैंने रोगी को विशेषज्ञ के परामर्श हेतु डॉ० .....के यहां भेजा और नियमानुसार अपेक्षित अनुमोदन ..... (मुख्य प्रशासनिक अधिकारी) से प्राप्त किया गया।

(त) रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की कोई आवश्यकता नहीं है/थी।

(थ) दवा/दवाएँ प्राधिकृत औषध विक्रेता से क्रय की गई।

चिकित्सा अधिकारी और संबंधित
अस्पताल/औषधालय का नाम व पदनाम

दिनांक.....

टिप्पणी: जो लागू न हो, उसे काट दें। (च) अनिवार्य है ओर सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाये।

सरकारी कर्मचारी के चिकित्सा उपचार के संबंध में किये गये चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति हेतु प्रार्थना–पत्र

1. सरकारी कर्मचारी का नाम व पदनाम : .....
2. विभाग का नाम : .....
3. वेतन एवं अन्य परिलब्धियाँ : .....
4. कार्य का स्थान : .....
5. वास्तविक आवासीय पता : .....
   .....
6. रोगी का नाम और सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध (नोट : बच्चों की आयु भी लिखें) : .....
7. स्थान, जहां रोगी बीमार हुआ : .....
8. क्लेम की गई राशि का विवरण:

1. चिकित्सा उपस्थिति : .....
   2. परामर्श शुल्क : .....
   3. चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम और संबद्ध अस्पताल या औषधालय का नाम : .....
   4. परामर्श की क्रम से तिथियों और प्रत्येक परामर्श हेतु भुगतान : .....
      किया गया शुल्क : .....
   5. टीके की तिथियां और प्रत्येक टीके हेतु प्रदत्त शुल्क : .....
   6. क्या परामर्श/ और/अथवा/टीके अस्पताल में चिकित्सा अधिकारी के कक्ष में या रोगी के आवास पर किया गया/लगाये गये : .....
   7. रोग के निदान के दौरान किये गये पैथोलोजिकल, रेडियोलॉजिकल या अन्य समान परीक्षणों हेतु व्यय : .....
   8. उस अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां परीक्षण कराये गये : .....
   9. क्या ये प्राधिकृत चिकित्सक के परामर्श पर कराये गये। यदि हां तो इस आशय का एक प्रमाण–पत्र संलग्न किया जाये : .....
   10. बाजार से क्रय की गई दवाओं का मूल्य : .....

(दवाओं की सूची, कैश मेमो और अनिवार्यता प्रमाण–पत्र संलग्न किया जाये।)

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)

फोन नं०: .....

मो० नं०: .....

विशेषज्ञ से परामर्श:

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के अतिरिक्त विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी को दिया गया शुल्क।

(क) विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी का नाम व पदनाम .....

(ख) परामर्श की संख्या व दिनांक और प्रत्येक परामर्श हेतु दिया गया शुल्क : .....

(ग) क्या परामर्श अस्पताल में विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी के परामर्श कक्ष में किया गया अथवा रोगी के आवास पर .....

(घ) क्या परामर्श किये गये विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के सुझाव पर और मुख्य प्रशासनिक चिकित्सक के पूर्व अनुमोदन से किया गया। इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाये। .....

क्लेम की गई कुल राशि .....

लिया गया अग्रिम रु० .....

क्लेम की गई शुद्ध राशि रु० .....

संलग्नकों की सूची	कैश मेमो सं०	दिनांक	राशि

सरकारी कर्मचारी द्वारा घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि इस प्रार्थनापत्र में दिया गया विवरण मेरे ज्ञान और विश्वास के आधार पर सत्य है और जिस व्यक्ति हेतु चिकित्सा व्यय किया गया है, वे पूर्ण रूप से मेरे ऊपर आश्रित हैं।

(सरकारी कर्मचारी के हस्ताक्षर)

दिनांक :

(पूरा नाम व पदनाम सहित)

अस्पताल में उपचार

अस्पताल का नाम .....हेतु
अलग से प्रभार दर्शाते हुए अस्पताल उपचार के प्रभार।

1. आवास :-

   (दर्शायें कि क्या ये सरकारी कर्मचारी के स्तर या वेतन के अनुसार था और जहां आवास सरकारी कर्मचारी के स्तर से अधिक है तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाये कि जिस आवास के वे हकदार हैं, वह उपलब्ध है।)

2. भोजन

3. शल्य चिकित्सा या अस्पताल में इलाज।

4. पैथोलोजिकल, बैक्टीरियोलाजिकल या अन्य समान परीक्षण दर्शायें।
   क) उस अस्पताल या लेबोरेटरी का नाम, जहां इलाज कराया।
   ख) क्या अस्पताल में इस केस के चिकित्सा प्रभारी अधिकारी के सुझाव पर यह परीक्षण कराये गये। यदि हां, तो इस आशय का प्रमाण पत्र संलग्न किया जाये।

5. दवाएँ
6. विशिष्ट दवाएँ
7. (दवाओं की सूची, कैश मेमो और अनिवार्यता प्रमाण-पत्र संलग्न किये जायें)
8. सामान्य नर्सिंग
9. विशेष नर्सिंग अर्थात रोगी हेतु विशेष रूप से नर्स नियुक्त की गई। अंकित करें कि क्या वे चिकित्सा प्रभारी अधिकारी के सुझाव पर रखी गई या सरकारी कर्मचारी अथवा रोगी के अनुरोध पर। पहली स्थिति में अस्पताल में केस के प्रभारी चिकित्सा अधीक्षक के प्रति हस्ताक्षर कर संलग्न किया जाये।

10. अन्य प्रभार अर्थात इलेक्ट्रानिक लाइट, पंखे, हीटर, एयर कंडीशन इत्यादि के प्रभार भी दर्शायें यह भी लिखें कि ये सभी सुविधायें सब रोगियों के लिये समान थीं।

टिप्पणी :

1. यदि सरकारी कर्मचारी द्वारा सेक्रेटरी ऑफ स्टेटस सर्विस (एम०ए०) नियमावली के नियम 3 अथवा सी.एस. (एम.ए.) नियमावली 1944 के नियम 7 के अंतर्गत घर में ही इलाज कराया गया तो ऐसा इलाज का विवरण दीजिये और इन नियमों के अंतर्गत आवश्यक प्रमाण पत्र प्राधिकृत चिकित्सक से प्राप्त कर संलग्न करें।

2. यदि सरकारी अस्पताल के अतिरिक्त किसी अन्य अस्पताल में इलाज कराया गया है तो आवश्यक विवरण और प्राधिकृत चिकित्सक का प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करें कि यह इलाज किसी सरकारी अस्पताल में उपलब्ध नहीं था।