

**अनिवार्यता प्रमाण पत्र**  
**बाह्य रोगी/अन्तः रोगी के रूप में उपचार हेतु।**

मै0 डा0 ..... प्रमाणित करता हूँ कि

श्री/श्रीमती..... पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता.....

विभाग.....जो रोग

से पीडित है/थे व मेरे उपचार में बाह्य रोगी के रूप में तथा/अथवा अन्तः रोगी के रूप में दिनांक से तक रहे।

2. मेरे द्वारा विहित औषधि व परीक्षण जों सलंगन वाउचर के अनुसार है रोगी कि स्थिति में सुधार/निवारण के लिए आवश्यक थी। इसमें ऐसी औषधि सम्मलित नहीं है जिसके लिए समान थेरोप्यूटिक एफेक्ट वाला सस्ता पदार्थ उपलब्ध है न ही व विनिर्मित सामाग्री सम्मलित है तो प्राथमिक रूप से खाद्य पदार्थ न टायेलेटरीज डिसइन्फैक्टेन्ट है।

3. उपचार पर व्यय का विवरण:-

(क) औषधि पर व्यय	रु0
(ख) रेडियोलॉजिकल परीक्षण पर व्यय	रु0
(ग) विशेष परीक्षण पर व्यय	रु0
(घ) पैथोलाजिकल परीक्षण पर व्यय	रु0
(च) शल्य क्रिया पर व्यय	रु0
(छ) अन्य व्यय विवरण सहित	रु0

योग:-

4. रोगी का चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता थी /नहीं थी

संलग्नक: मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित अभिप्रमाणित बिल वाउचर संख्या

चिकित्सक/शल्यक

चिकित्सक का नाम योग्यता/सील सहित

**आकस्मिक स्थिति में बिना सन्दर्भ के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार प्राप्त करने की दशा में प्रमाण पत्र**

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... जो रोग से

पीडित था/थी एवं उन्हें आकस्मिक स्थिति में तत्काल चिकित्सा उपचार की आवश्यकता थी व मेरे उपचाराधीन रहें।

प्रतिहस्ताक्षर

प्राधिकृत चिकित्सक

चिकित्सक/शल्यक

चिकित्सक का नाम योग्यता/सील सहित

**प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी**

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी..... ने

चिकित्सालय में उपचार किया तथा दी गयी चिकित्सासुविधा आवश्यक उपचार हेतु न्यून थी।

हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी