

ನಮೂನೆ - 22 - ಎ

FORM XXII-A

[ನಿಯಮ 48(3)]

[See Rule 48(3)]

ಪ್ರಮುಖ ಖಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ನೀಡಿರುವ ವೈದ್ಯರು ನೀಡಬೇಕಾಗಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ಪತ್ರ
ಅರ್ಜಿ

(ಸರ್ಕಾರಿ / ಇ.ಎಸ್.ಐ ಗಳಿಂದ ಮಾನಕ ಪಡೆದ ಖಾಸಗಿ / ಆರ್.ಎಸ್.ಬಿ.ವೈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ)

Form of certificate to be given by the Doctor who has treated the patient for major ailments

(in Government Hospitals or ESI recognized Private Hospitals /RSBY Hospitals)

1	ಫಲಾನುಭವಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪ್ರಸ್ತುತ ವಿಳಾಸ : Name and present address of the beneficiary :	
2	ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ : No. and date of Registration :	
3	ರೋಗಿಯು ಖಾಯಿಲೆಗೆ ತುತ್ತಾದ ಸ್ಥಳ: Place at which the patient fell ill :	
4	ಖಾಯಿಲೆಯ ಸ್ವಭಾವ ಮತ್ತು ಅವಧಿ : Nature of illness and its duration :	
5	ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ : Date of Admission to the Hospital:	
6	ನೀಡಲಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿವರ : Details of Treatment Given :	
7	ಕೈಮ್ ಮಾಡಿರುವ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತ : Total amount claimed:	
8	List of enclosures / ಅಡಕಗಳ ಪಟ್ಟಿ:	
(1)	ಪಿಪ್ರಿಪ್ರೆನ್ /Prescription	
(2)	ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬಿಲ್ಲುಗಳು ಮತ್ತು ರಶೀದಿಗಳು Medical Bills and Vouchers	
(3)	ಬಿಡುಗಡೆ ಪರೀಕ್ಷಾ ಪತ್ರ / Discharge Summary	

ಅಗತ್ಯತೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ / Essentiality Certificate

ನೋಂದಾಯಿಯ ಕಟ್ಟಡ ಕಾರ್ಮಿಕರಾದ ಅಥವಾ ಅವತ ಅವಲಂಬಿತರಾದ ಶ್ರೀ /ಶ್ರೀಮತಿ _____ ಇವರು _____ ಖಾಯಿಲೆಗೆ ದಿನಾಂಕ : _____ ರಿಂದ _____ ವರೆಗೆ _____

ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ನಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ್ದು ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಸರ್ಕಾರಿ / ಇ.ಎಸ್.ಐ ನಿಂದ ಮಾನಕ ಪಡೆದ ಖಾಸಗಿ/ಆರ್.ಎಸ್ ಬಿ.ವೈ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಟ್ಟ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆತನಿಗೆ /ಆಕೆಗೆ ಈ ಕೆಳಗೆ ನಮೂದಿಸಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ / ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನನುನಾನು ನೀಡಿದ್ದು ಅವುಗಳು ಆತನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಗತ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ದೃಢೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

I certify that, Shri/Smt. _____ Who is Registered Construction Worker or dependant wan under my treatment for _____ disease from _____ to _____ at the _____ Hospital/Clinic which is a Government Hospitals or ESI recognized Private Hospitals /RSBY Hospitals and that the undermentioned tests, procedures/ surgeries/ treatments/ medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of patient. I also certify that the patient has recovered fully.

ಕ್ರ. ಸಂ. / SI. No.	ದಾಖಲಾದ ದಿನಾಂಕ / Admission Date	ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ದಿನಾಂಕ / Discharge Date	ಕಾಯಿಲೆ / Diagnosis	ಖಾಯಿಲೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆ / ಲ್ಯಾಬ್ ಪರೀಕ್ಷೆ / Investigations / Lab Tests	ವೆಚ್ಚ / Cost	ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ / Surgical Treatment / Procedure	ವೆಚ್ಚ / Cost	ಔಷಧಿಯ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಪ್ರಮಾಣ / Medicine Name & Quantity	ವೆಚ್ಚ / Cost

Date:
ದಿನಾಂಕ:

Place:
ಸ್ಥಳ:

Signature:
ಸಹಿ: