

श्रीमती/श्री/कुमारी को प्रदान किया गया प्रमाणपत्र _____
Certificate granted to Mrs./Mr./Miss _____
संबंधित की पत्नी/पुत्र/पुत्री _____
Wife/son/daughter of Mr. _____
में कार्यरत _____
employed in the _____

प्रमाण पत्र - ब
Certificate-B

(उन मरीजों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया है)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

1. मैं, डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ-

(क) कि मरीज को (चिकित्सा अधिकारी का नाम) _____ के परामर्श से अस्पताल में भर्ती कराया गया था

(ख) कि मरीज का इलाज _____ में चल रहा है और इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे उल्लिखित दवाइयाँ मरीज की स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने/ठीक करने के लिए अनिवार्य थीं। ये दवाइयाँ अस्पताल (अस्पताल का नाम) _____ में प्राइवेट मरीजों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और इसमें पेटेंट (एकायत)योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं। न ही वे योग जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं:

1. I, Dr. _____ hereby certify-

(a) that the patient was admitted to hospital (on the advice of/on my advice)
_____ (name of the Medical Officer)

(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 does not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, not preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants:

दवाओं का नाम

कीमत (रु.)

Name of medicines

Price (Rs.)

(ग) कि दिए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए थे/नहीं थे।

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

(घ) कि रोगी निम्नलिखित _____ से पीड़ित है/थी/था और दिनांक: _____ से _____ मेरे उपचाराधीन था/थी।

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

(ङ) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिन पर रु. _____ का व्यय हुआ, आवश्यक थे और मेरे परामर्श पर (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किए गए।

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

(च) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा था और _____ का नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक (राज्य के प्रमुख प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था |

(f) that I called in Dr. _____ for specialist consultation 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 और पदनाम
Signature and designation of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital.*

**भाग- ख
PART B**

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी इलाज के लिए _____ अस्पताल में उपचाराधीन रहा है, जिसके लिए रु. _____ का व्यय हुआ जैसे (संलग्न बिलों और रसीदों को देखें)वे,रोगी की स्थिति को ठीक करने/ गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य था |

I certify that the patient has been under treatment at the _____ hospital and that the services 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
Signature of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital.*

प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned

चिकित्सा अधीक्षक,
अस्पताल
Medical Superintendent,
_____ Hospital

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी का उपचार चल रहा है और प्रदान की गई सुविधाएँ रोगी के उपचार के लिए आवश्यक न्यूनतम थीं।

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

Medical Superintendent,
_____ Hospital

Place/स्थान:

Date/दिनांक:

नोट: जो प्रमाणपत्र लागू न हों उन्हें काट दिया जाए। प्रमाणपत्र अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

N. B. Certificate not applicable should be struck off. Certificate (s) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.