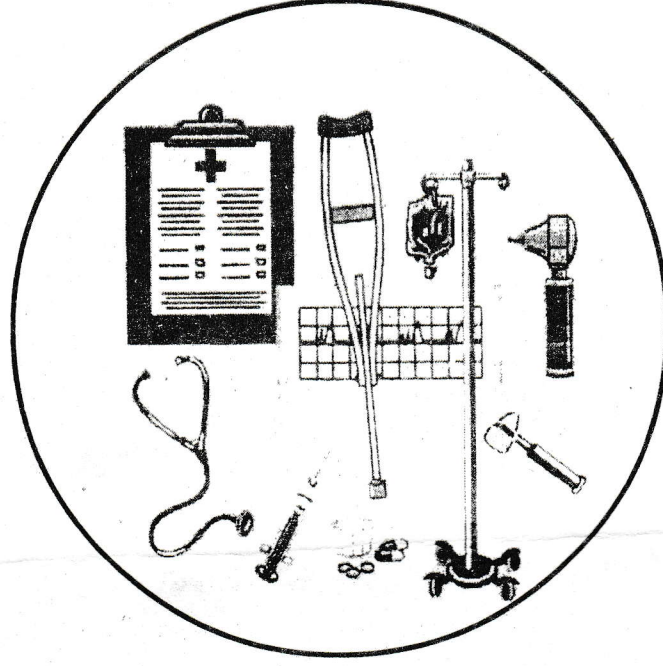


“वैद्यकीय श्वर्च परताव्या करिता मागणी अर्ज”

## Medical Reimbursement



कर्मचाऱ्याचे नांव : \_\_\_\_\_

हुद्दा : \_\_\_\_\_

कार्यालयाचे नांव : \_\_\_\_\_

-: मिळण्याचे एकमेव ठिकाण :-

**महाजन झेरॉक्स & कॉम्प्युटर जॉब वर्क्स**

जि.प. मागे, कोर्ट रोड, बुलडाणा. मोबा. ९८२२९३९५२९

- \* कलर झेरॉक्स
- \* लॅमिनेशन
- \* स्पायरल बाईंडिंग
- \* काम्बो बाईंडिंग
- \* तसेच सर्व प्रकारचे फार्मस् मिळतील.

## परिशिष्ट एक

केंद्र/राज्य शासकीय कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबिय यांची  
वैद्यकीय देखभाल आणि/किंवा उपचार यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या  
वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना

टिप - प्रत्येक रूग्णाकरिता स्वतंत्र नमुना करावा.

१. शासकीय कर्मचाऱ्याचे नांव व पदनाम : \_\_\_\_\_  
(ठळक अक्षरात) : \_\_\_\_\_
२. कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे. : \_\_\_\_\_  
त्या कार्यालयाचे नांव : \_\_\_\_\_
३. वित्तीय नियमामध्ये व्याख्या केल्याप्रमाणे : \_\_\_\_\_  
शासकीय कर्मचाऱ्याचे वेतन आणि इतर : \_\_\_\_\_  
वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात. : \_\_\_\_\_
४. कामाचे ठिकाण : \_\_\_\_\_
५. प्रत्यक्ष निवासस्थानाचा पत्ता : \_\_\_\_\_
६. रूग्णांचे नांव आणि शासकीय कर्मचाऱ्यांशी : \_\_\_\_\_  
त्यांचे /तिचे नाते : \_\_\_\_\_

टिप : मुलांच्या बाबतीत वय सुध्दा नमुद करावे.

७. ज्या ठिकाणी रूग्ण आजारी झाला असेल ते ठिकाण : \_\_\_\_\_
८. आजाराचे स्वरूप व कालावधी : \_\_\_\_\_
९. मागणी केलेल्या रकमेचा तपशील : \_\_\_\_\_

### वैद्यकीय देखभाल

- एक) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी : \_\_\_\_\_
- अ) ज्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेतला : \_\_\_\_\_  
असेल ज्या रूग्णालयाशी किंवा तो दवा- \_\_\_\_\_  
खान्याशी संबंधीत असेल त्या रूग्णालयाचे \_\_\_\_\_  
किंवा दवाखान्याचे नांव \_\_\_\_\_
- ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला तो : \_\_\_\_\_  
संख्या आणि त्याच्या तारखा आणि \_\_\_\_\_  
प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी \_\_\_\_\_

(एक) रूग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोग : \_\_\_\_\_  
 चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रूम) सल्ला \_\_\_\_\_  
 घेण्यात आला, की रूग्णाच्या निवासस्थानी \_\_\_\_\_  
 सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे.

(दोन) रोग निदान करतांना करण्यात आलेल्या : \_\_\_\_\_  
 विकृति चिकित्सा विषयक, अनुजीवशास्त्रीय \_\_\_\_\_  
 क्ष किरणशास्त्रीय किंवा इतर तत्सम \_\_\_\_\_  
 चाचण्यासाठी आकारण्यात आलेली फी, \_\_\_\_\_  
 त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमुद कराव्यात.

अ) ज्या रूग्णालयात किंवा प्रयोग शाळेत चाचण्या \_\_\_\_\_  
 घेण्यात आल्या होत्या त्या रूग्णालयाचे \_\_\_\_\_  
 किंवा प्रयोग शाळेचे नांव \_\_\_\_\_

ब) प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्यांच्या : \_\_\_\_\_  
 सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आली होती किंवा \_\_\_\_\_  
 कशी घेण्यात आली असेल तर तशा अर्थाचे \_\_\_\_\_  
 प्रमाणपत्र सोबत जोडावे.

(तीन) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधीचा : \_\_\_\_\_  
 खर्च औषधीची सूची व रोखीच्या पावत्या \_\_\_\_\_  
 जोडण्यात याव्यात

### विशेषज्ञांचा सल्ला घेणे

विशेषज्ञांचा किंवा प्रतिकृत देखभाल अधिकाऱ्या \_\_\_\_\_  
 व्यतिरिक्त किंवा प्राधिकृत वैद्यकीय अधिकाऱ्या \_\_\_\_\_  
 व्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकीय अधिकाऱ्याला \_\_\_\_\_  
 देण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी \_\_\_\_\_  
 दर्शविण्यात याव्यात

अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल त्या : \_\_\_\_\_  
 विशेषज्ञांचे किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे \_\_\_\_\_  
 नांव व पदनाम व तो ज्या रूग्णालयाशी \_\_\_\_\_  
 संलग्न असेल त्या रूग्णालयाचे नांव \_\_\_\_\_

ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संस्था : \_\_\_\_\_  
 व जेव्हा सल्ला घेण्यात आला ती तारीख व \_\_\_\_\_  
 प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी \_\_\_\_\_

क) सल्ला रूग्णालयात किंवा विशेषज्ञांच्या किंवा : \_\_\_\_\_  
 वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोगचिकित्सा \_\_\_\_\_  
 कक्षात (कन्सल्टिंग रूम) किंवा रूग्णाच्या \_\_\_\_\_  
 निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे \_\_\_\_\_

- ड) त्या प्रांताच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकीय : \_\_\_\_\_  
 अधिकाऱ्यांच्या पुर्वमान्यतेने व सल्ल्याने : \_\_\_\_\_  
 विशेषज्ञाचा किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा : \_\_\_\_\_  
 सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे. तसा : \_\_\_\_\_  
 सल्ला घेण्यात आला असेल तर तशा अर्थाचे : \_\_\_\_\_  
 प्रमाणपत्र जोडण्यात यावे. : \_\_\_\_\_

मागणी केलेली एकूण रक्कम

सहपत्रांची यादी

कुटूंबातील व्यक्तीची संख्या म्हणजेच १ ऑगस्ट  
 १९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले

### शासकीय कर्मचाऱ्यांने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो की, या अर्जांमध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे व विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे.

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही  
 (कर्मचारी) ज्या कार्यालयाशी संबंधित आहे  
 त्या कार्यालयाचे नांव

## परिशिष्ट दोन

क्रमांक शासन निर्णय, सार्वजनिक आरोग्य विभाग क्रमांक एमएजी/१०८४/११०/पीएच - १ ए, दिनांक २१-०७-८४

### परिशिष्ट 'अ'

येथे नोकरीत असलेल्या व श्री./ श्रीमती  
यांची पत्नी / यांचे पती / यांचा मुलगा / यांची मुलगी / यांची आई / यांचे वडील यांची बहीण  
असलेल्या श्री/श्रीमती/कुमार/कुमारी यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र  
देण्यात येत आहे.

### परिशिष्ट 'अ'

(उपचारासाठी रूग्णालयात दाखल करण्यात न आलेल्या रूग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे)

मी डॉ. \_\_\_\_\_

या वदारे असे प्रमाणित करतो की, (अ) या रूग्णावर \_\_\_\_\_

रूग्णायात/ माझ्या रोगचिकित्सक कक्षात (कन्सल्टिंग रूम) उपचार करण्यात आले होते आणि रूग्णास बरे वाटण्याकरिता त्याची स्थिती अधिक खालावू नये याकरिता याबाबतील लिहून दिलेली खाली उल्लेखलेली औषधे अत्यावश्यक होती. विहित केलेली, औषधे ही, शासन नियम क्रमांक एमएजी १९६८/६०११/ (ए) - पी, दिनांक ११ फेब्रुवारी १९७१, एमजी - १०६८/६०५११/(ए)- पी, दि. २९ एप्रिल १९७२ आणि शा.नि.क्र. एमएजी - १०७२ / एस दि. २४ सप्टेंबर १९७३, या अन्वये (वैद्यकीय खर्चाची) प्रतिपुर्ती मिळण्याजोगा औषधाच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आली असून, ती रूग्णांना पुरवठा करण्याकरिता \_\_\_\_\_

(रूग्णालयाचे नांव) या साठ्यात नाही व त्यामध्ये ज्याच्याकरिता समान उपचार शास्त्रीय मुल्य असणारे (रोग निवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक स्वस्त पदार्थ, उपलब्ध आहेत अशा दुकानांत तयार करून मिळणाऱ्या औषधांचा तसेच मुलतः अन्नपदार्थ, शक्तिवर्धके, (टॉनिक्स) किंवा जंतुनाशके याचा समावेश होत नाही.

अ.क्र.	औषधाचे/उपयंत्राचे नांव व त्याचा प्रवर्ग	दिनांक	दररोज प्रमाणे	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाणपत्र
१	२	३	४	५
१				
२				
३				
४				
५				
६				
७				
८				
९				
१०				

ब) रूग्णास हा आजार असून/ होता व पासून पर्यंत मी त्याच्यावर / तिच्यावर उपचार करित आहे / होतो.

क) रूग्णावर प्रसुतिपूर्व / प्रसुत्त्युत्तर उपचार करण्यात आले नाहीत / आले नव्हते.

ड) क्ष-किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादीकरिता रूपये इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होता व माझ्या सल्ल्यावरून

(रूग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव) येथे चाचण्या करण्यात आल्या.

इ) रूग्णास रूग्णालयात दाखल करणे आवश्यक नाही / नव्हते.

ठिकाण :

दिनांक : / / २०.....

वैद्यकीय अधिकार्याचे नांव व सही पदनाम (अधिकारी)  
ज्या रूग्णालयाशी/दवाखाना इत्यादीशी संबंधित असलेल्या  
रूग्णालयाचे / दवाखान्याचे नांव व शिक्का

## परिशिष्ट तिन

## जोडपत्र (ब)

येथे नोकरीत असलेल्या व श्री./श्रीमती यांची पत्नी  
यांचे पती / यांचा मुलगा / यांची मुलगी / यांची आई/ यांचे वडील / यांची बहीण/ असलेल्या श्री/श्रीमती/कुमार/  
कुमारी यांना पुढील प्रमाणे प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

## परिशिष्ट 'ब'

(उपचाराकरिता रूग्णालयात दाखल करण्यात आलेल्या रूग्णाच्या बाबतीत द्यावयाचे)  
(रूग्णालयातील त्या प्रकरणाच्या प्रभारी वैद्यकीय अधिकाऱ्याने यावर स्वाक्षरी करावी)

मी डॉ. याद्वारे असे प्रमाणित करतो की,

(अ) ह्या रूग्णास माझ्या / डॉ. (वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे  
नांव व पदनाम) यांच्या सल्ल्यावरून रूग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

(ब) हा रूग्ण येथे उपचार घेत असून रूग्णास बरे वाटण्याकरिता /  
त्याची स्थिती अधिक खालावू नये याकरिता बाबतीत मी लिहून दिलेली, खाली उल्लेखलेली औषधे अत्यावश्यक  
होती. विहित केलेली औषधी ही या प्रमाणपत्रासोबत जोडलेल्या जोडपत्र - एक/जोडपत्र -दोन / जोडपत्र -  
तीनच्या शा.नि.क्र. एमएएस १०६८/६०५१/(ए)-पी दि.११ फेब्रुवारी १९७१, क्र. एमएजी - १०७२-६००७२/  
एस दि. २९ एप्रिल १९७२ व शा.नि.क्र.एमएजी - १०७२-६००७२- एस, दि. २४ सप्टेंबर १९७३, मध्ये  
औषधांच्या प्रवर्गात समाविष्ट करण्यात आला अ.न.रूग्णांना पुरवठा करण्याकरिता

(रूग्णालयाचे नांव) या रूग्णालयातील साठ्यात ही औषधे उपलब्ध नाहीत व यामध्ये  
ज्याच्याकरिता समान उपचार शास्त्रीय मुल्य असणारे (रोगनिवारण करण्याची तितकीच क्षमता असणारे) अधिक  
स्वस्त पदार्थ, उपलब्ध आहेत, अशा दुकानातच तयार करून मिळणाऱ्या औषधांचा तसेच मुलतः अन्न पदार्थ,  
शक्तिवर्धके (टॉनिक्स) किंवा जंतुनाशके याचा समावेश होत नाही.

अ.क्र.	औषधाचे/उपयंत्राचे नांव व त्याचा प्रवर्ग	दिनांक	दररोज प्रमाणे	एकूण आवश्यक असलेले प्रमाणपत्र
१	२	३	४	
१				
२				
३				
४				
५				
६				
७				
८				
९				
१०				

- ब) रूग्णास \_\_\_\_\_ हा आजार असून/ होता व \_\_\_\_\_ पासून \_\_\_\_\_ पर्यंत मी त्याच्यावर / तिच्यावर उपचार करित आहेत / होतो.
- क) रूग्णावर प्रसुतिपूर्व / प्रसुत्त्युत्तर उपचार करण्यात आले नाहीत / आले नव्हते.
- ड) क्ष-किरण चाचण्या, प्रयोगशाळा चाचण्या इत्यादीकरिता रूपये \_\_\_\_\_ इतका खर्च करण्यात आला व तो करणे आवश्यक होता व माझ्या सल्ल्यावरून \_\_\_\_\_

(रूग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव) येथे चाचण्या करण्यात आल्या.

- इ) रूग्णास रुग्णालयात दाखल करणे आवश्यक नाही / नव्हते.

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक : / /२०.....

रूग्णालयातील या प्रकरणातील  
प्रभारी अधिकाऱ्याचे नांव, स्वाक्षरी व पदनाम  
आणि रूग्णालयाचे नांव व शिक्षा

सिद्धांत

रूप संश्लेषण

आमंत्रण शिष्टांत

रूप संश्लेषण

: आक्षरी

: आक्षरी

# परिशिष्ट चार

## नमुना 'क'

तातडीच्या वैद्यकीय उपचाराकरिता शासकीय कर्मचाऱ्याला द्यावयाचे खर्चाचे प्रमाणपत्र

(उपचार करणाऱ्या खाजगी व्यवसायीने द्यावयाचे)

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की -

येथे

या पदावर नोकरीस असलेल्या व

सा पदावर राहणाऱ्या श्री/श्रीमती यांची / यांचा / पती / पत्नी / मुलगा / मुलगी / बहीण / आई / भाऊ / वडील  
श्री./श्रीमती

हिच्यावर दि. / /२०.... पासून दि. / /२०.... पर्यंत तातडीने उपचार करण्याची गरज असलेला रूग्ण  
म्हणून यांनी पुढील उपचार केले होते.

पुढील तक्रारी करिता

दिसून आलेले प्रमुख लक्षण

आवश्यक ती तातडीची

तपासणी व तिचे निष्कर्ष

रोग निदान

उपचाराकरिता झालेला एकूण खर्च (जोडपत्र 'ड') रूपये \_\_\_\_\_ इतका होता व त्याचा तपशिल नमुना 'ड'  
मध्ये देण्यात आला आहे. याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, तातडीच्या उपचारानंतर रूग्णाला पुढील  
उपचाराकरिता प्रधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्यास भेटण्यास सल्ला देण्यात आला होता.

स्वाक्षरी

ठिकाण :

डॉक्टरचे नांव

दिनांक :

/ /२०.....

नोंदणी क्रमांक

रूग्णालयाचे नांव

# परिशिष्ट पाच

## नमुना 'ड'

खाजगी रूग्णालयात तातडीने उपचार करण्यात आलेल्या शासकीय कर्मचाऱ्याकरीता करण्यात आलेल्या खर्चाचे (तपशिलवार) प्रमाणपत्र (उपचार करण्याच्या डॉक्टरने भरावयाचे व जोडपत्र 'क'ला जोडावयाचे

- अ) रूग्णाचे नांव : \_\_\_\_\_
- रूग्णालयात दाखल केल्याची तारीख : \_\_\_\_\_
- रूग्णालयात घरी पाठविण्याची तारीख : \_\_\_\_\_
- रूग्णालयाचा नोंदणी क्रमांक : \_\_\_\_\_
- ब) १) सल्ला : \_\_\_\_\_
- २) दररोज रू \_\_\_\_\_ या दराने : \_\_\_\_\_
- दि. / / २०... पासुन दि. / / २०... : \_\_\_\_\_
- पर्यंत एकूण \_\_\_\_\_ दिवसाचा : \_\_\_\_\_
- रूग्णालयात ठेवण्याचा खर्च : \_\_\_\_\_
- ३) शस्त्रक्रियेवरील खर्च : \_\_\_\_\_
- ४) शस्त्रक्रियागारात केलला खर्च : \_\_\_\_\_
- ५) बांधणीकरणावरील खर्च : \_\_\_\_\_
- दिलेल्या भेटी (व्हिजीटस) : \_\_\_\_\_
- अ) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजीट)रू..... : \_\_\_\_\_
- याप्रमाणे नेहमीच्या संख्या : \_\_\_\_\_
- ब) प्रत्येक भेटीसाठी (व्हिजीट)रू..... : \_\_\_\_\_
- प्रमाणे विशेष भेटीसाठी रूग्णाला..... : \_\_\_\_\_
- या डॉक्टरांकडे जितक्या वेळ पाठवले : \_\_\_\_\_
- ती संख्या : \_\_\_\_\_
- ६) डॉक्टर \_\_\_\_\_ यांच्याकडे : \_\_\_\_\_
- दर भेटीसाठी (व्हिजीटला) रू. .... : \_\_\_\_\_
- या दराने, जितक्या वेळा पाठवले, ती संख्या : \_\_\_\_\_
- डॉक्टर \_\_\_\_\_ यांच्याकडे : \_\_\_\_\_

- ७) दररोज \_\_\_\_\_ या \_\_\_\_\_ दराने  
दिवस इन्व्युवेटरचा वापर केला.
- ८) प्रतिदिनी रू. \_\_\_\_\_ या दराने \_\_\_\_\_  
दिवस मिनिटरचा वापर केला.

९) तपासण्या :

अ) विकृती चिकित्सा(पॅथॉलॉजी प्रयोगशाळा) :

ब) क्ष-किरण छायाचित्र :

क) प्रत्येक छत्स्पंद विद्युत लेखासाठी

(ईसीजी) रू. .... :

प्रमाणे छत्स्पंद विद्युत लेखाचा खर्च :

ड) इतर :

इ) औषधे :

अनुक्रमांक

औषधीचे नांव

औषधीची किंमत  
रूपये      पैसे

एकूण .....

एकूण बेरीज (अ ब) .....

यथार्थ (अनुवाद)

## \* वास्तव्याचे प्रमाणपत्र \*

रुग्णाचे नांव : \_\_\_\_\_  
आजाराचा कालावधी : \_\_\_\_\_  
आजाराचे नांव : \_\_\_\_\_  
रुग्ण क्रमांक : \_\_\_\_\_  
दवाखान्याचे नांव : \_\_\_\_\_

अ.क्र.	तपशिल	✓ किंवा x
१.	जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष)	
२.	जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्षाच्या बाजूस बाथरूम असलेला कक्ष)	
३.	बाथरूम सह स्वतंत्र कक्ष	
४.	बाथरूम सह डबल बेड कक्ष	
५.	बाथरूम सह वातानुकूलित कक्ष	
६.	अतिदक्षता कक्ष	

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक :     /     / २०

## \* प्रमाणपत्र \*

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री./सौ./श्रीमती \_\_\_\_\_ हे/ही

या रुग्णालयामध्ये \_\_\_\_\_ ह्या

आजारावर उपचाराकरिता दि. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / २०     ते दि. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / २०     पर्यंत भरती होते.

त्यांचे शस्त्रक्रिये व उपचारा दरम्यान डिस्पोझेबल वस्तु / उपकरणे त्यांना वापरली असून त्याचा वापर पुन्हा करण्यात आलेला नाही.

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक :     /     / २०

डॉक्टरांची सही

## \* प्रमाणपत्र \*

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री./सौ. \_\_\_\_\_ हे

या रुग्णालयामध्ये \_\_\_\_\_ ह्या

आजारावर उपचाराकरिता दि. / / २० ते दि. / / २० पर्यंत भरती होते.

त्यांना दि. / / २० रोजी तातडीच्या परिस्थितीमध्ये भरती करण्यात आले.

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक : / / २०

डॉक्टरांची सही

## \* प्रमाणपत्र \*

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री./सौ. \_\_\_\_\_ हे

या रुग्णालयामध्ये \_\_\_\_\_ ह्या

आजारावर उपचाराकरिता दि. / / २० ते दि. / / २० पर्यंत भरती होते.

त्यांना केलेल्या औषधोपचारामध्ये ( सोबत जोडलेली औषधांची यादी रु. \_\_\_\_\_ ) अन्नपदार्थ, शक्तीवर्धके (टॉनिक), अल्कोहोल, जंतुनाशके प्रसाधनांचा समावेश नाही.

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक : / / २०

डॉक्टरांची सही

## \* प्रमाणपत्र \*

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री./सौ. \_\_\_\_\_ हे

या रुग्णालयामध्ये \_\_\_\_\_ ह्या

आजारावर उपचाराकरिता दि. / / २० ते दि. / / २० पर्यंत भरती होते.

त्यांना दररोज रु. \_\_\_\_\_ प्रमाणे \_\_\_\_\_ कक्षामध्ये ठेवण्यात आले होते.

ठिकाण : \_\_\_\_\_

दिनांक : / / २०

डॉक्टरांची सही

**वास्तव्याचा दाखला**  
**(INDOR-CERTIFICATES)**

१) रुग्णाचे नाव Name of Patient	
२) रुग्णालयाचे नाव Name of Hospital	
३) रुग्णालयामध्ये दाखल होण्याची तारीख Date of Admission	
४) रुग्णालयातून घरी जाण्याची तारीख Date of Discharge	

अ.क्र. Sr.No.	वास्तव्याचा प्रकार Indoor Type	दर	दिवस	एकुण (Total)
१)	इन्सेटिव्ह केअर युनिट I.C.U.			
२)	बाथरूम सह स्वतंत्र कक्ष Special Room Bath Room Attched			
३)	जनरल वार्ड General Ward			
४)	इतर सुविधा Other Facility			

## अल्कोहोल व टॉनिकयुक्त पदार्थाचा समावेश नसल्याचे प्रमाणपत्र

प्रमाणपत्र देण्यांत येते की, श्री/श्रीमती -----  
यांना या रुग्णालयात अतितात्काळ रित्या दाखल केले असता, त्यांना दिलेल्या औषधामध्ये  
मदयार्क, अल्कोहोल, टॉनिक अथवा प्राथमिक अन्न घटक या औषधांचा समावेश केलेला नाही.  
करिता प्रमाणपत्र देण्यात येत आहे.

सही -----

डॉक्टरचे नांव -----

## संमती पत्रक

संमतीपत्रक लिहून देण्यात येते की, शासन परिपत्रकानुसार वैद्यकिय प्रतिपूर्तीचा  
प्रमाणपत्राची शासकीय फीस ----- टक्के माझ्या वैद्यकिय प्रतिपूर्तीच्या रक्कमेतून वसूल  
करण्यास मी संमती देत आहे.

सही -----

नांव -----

## खाजगी दवाखान्यात उपचार घेण्याचे कारण

रुग्णास अकस्मिक स्वरुपाचा गंभीर आजार झाल्याने रुग्णाचे जिवितांचे रक्षण होण्याच्या  
दृष्टीने नजीक असलेल्या ----- या खाजगी  
रुग्णालयात माझ्या नातेवाईकानी तातडीने उपचारासाठी दाखल केल्यामुळे सरकारी  
दवाखान्यात उपचार घेता आले नाहीत.

सही -----

नांव -----

## साधने व उपकरणे बाबत प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यांत येते की, श्री/सौ. -----  
यांना या रुग्णालयात अतितात्काळ रित्या दाखल केले असता, त्यांच्या शास्त्रक्रियेकरीता/  
उपचाराकरिता अत्यावश्यक असलेली साधने व उपकरणे त्यांच्याकरीता आवश्यक होती व  
त्याचा पुन्हा उपयोग केला जात नाही अथवा होतही नाही.

सही -----