

Attending Physician's Statement - Disability Claim

जाँचकर्ता चिकित्सक का बयान – असमर्थता का दावा

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

नोट: कृपया सभी पृष्ठों पर नीचे हस्ताक्षर करें।

DOCTOR'S DETAILS:

चिकित्सक का विवरण:

Name of the Attending Physician: _____
जाँचकर्ता चिकित्सक का नाम:

Name of the Clinic / Hospital: _____
क्लीनिक / अस्पताल का नाम:

Address: _____
पता:

Contact No.: _____ E-mail address: _____
संपर्क नं. ई-मेल पता

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

दावेदार/रोगी का विवरण:

Name of the Claimant: _____
दावेदार का नाम:

Address: _____
पता:

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____
आयु और लिंग अस्पताल/आंतरिक रोगी संख्या:

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

स्पष्ट करें कौन सी असमर्थता लागू होती है:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Loss of sight of one Eye
एक आँख से दिखाई न देना | ☐ Loss on use of one Limb
एक अंग न चलना | ☐ Loss of sight of both the eyes
दोनों आँखों से दिखाई न देना |
| ☐ Loss of Hearing
बहरापन | ☐ Loss of use of two limbs
दो अंग न चलना | ☐ Loss of one limb & loss of sight of one eye
एक अंग न चलना और एक आँख से दिखाई न देना |
| ☐ Loss of speech and hearing
गूँगापन और बहरापन | ☐ Loss of Speech
गूँगापन | |

HISTORY

इतिहास

Date of first Consultation: _____
प्रथम जाँच की तिथि:

Details of the Doctor who treated first: _____
पहली बार इलाज करने वाले चिकित्सक का विवरण:

Date of appearance of first symptoms: _____
पहली बार लक्षण दिखाई देने की तिथि:

Has the patient ever had the same or similar condition in past: ☐ Yes ☐ No
या रोगी ने पहले कभी यही या इससे मिलती-जुलती अवस्था का सामना किया है हाँ नहीं

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____
(यदि "हाँ," तो यह बताएं कि कब और विवरण दें। कृपया आवश्यक होने पर एक और पृष्ठ संलग्न करें):

PRESENT CONDITION:

वर्तमान अवस्था:

Subjective symptoms: _____

व्यक्तिपरक लक्षण:

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____

सामान्य निष्कर्ष (वर्तमान एक्स-रे, ईसीजी या किन्हीं अन्य विशेष परीक्षणों के परिणाम शामिल करें):

DIAGNOSIS:

रोग-निदान:

Please provide details: _____

कृपया विवरण दें:

TREATMENT:

इलाज

Date of first visit: _____

पहली मुलाकात की तिथि:

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____

OP संख्या/अस्पताल सं./आंतरिक रोगी सं.

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____

अंतिम मुलाकात की तिथि:

मुलाकातों की आवृत्ति (साप्ताहिक/मासिक/अन्य):

Date of Last examination: _____

अंतिम जाँच की तिथि:

Is this Disability permanent: _____

क्या यह असमर्थता स्थायी है:

Is this Disability Reversible: _____

क्या यह असमर्थता ठीक होने योग्य है:

What was the cause of disability: _____

असमर्थता का कारण क्या था:

Is this disability result of Accident: _____

क्या यह असमर्थता किसी दुर्घटना का परिणाम है:

PROGRESS:

प्रगति:

☐ Recovered

स्वस्थ

☐ Improved

बेहतर

☐ Unimproved

कोई सुधार नहीं

☐ Retrogressed

ज़्यादा बीमार

MENTAL CONDITION:

मानसिक स्थिति

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of?

क्या रोगी जाँचों की पुष्टि करने और उनसे होने वाले लाभ दिखाने में सक्षम है?

☐ Yes

हाँ

☐ No

नहीं

DECLARATION:

घोषणा:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

मेरी जानकारी और भरोसे के अनुसार ये बयान सही और पूर्ण हैं।

Name & Signature of the Physician: _____

चिकित्सक का नाम और हस्ताक्षर:

Date: _____

दिनांक:

Qualifications: _____

योग्यता:

Reg. No.: _____

पंजीकरण सं.

(Seal)
(मुहर)

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

नोट: वर्तमान पॉलिसी सर्विसिंग फॉर्म में अंग्रेजी में मूल सामग्री के साथ-साथ मातृ भाषा में उसका अनुवाद मौजूद है। अनुवादित संस्करण और मूल अंग्रेजी संस्करण के बीच उत्पन्न होने वाली किसी असहमति की स्थिति में, अंग्रेजी संस्करण को अंतिम माना जाएगा और वही लागू होगा।