

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

डा०.....प्रमाणित करता हूँ कि  
श्री/श्रीमती/कुमारी.....पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता  
/पिता.....विभाग.....  
जो.....रोग से पीड़ित है/थे व मेरे उपचार में वाह्य रोगी के रूप में  
तथा/अथवा अन्तः रोगी के रूप में दिनांक.....से.....तक रहें।

2. मेरे द्वारा विहित औषधि व परीक्षण जो संलग्न बाउचर के अनुसार है रोगी की स्थिति में सुधार/निवारण के लिये आवश्यक थी। इसमें ऐसी औषधि सम्मिलित नहीं है जिसके लिये समान थैरोप्युटिक एफेक्ट वाला सस्ता पदार्थ उपलब्ध है न ही वह विनिर्मित सामग्री सम्मिलित है जो प्राथमिक रूप से खाद्य पदार्थ, टायलेटरीज व डिसइन्फेक्टेन्ट है।

3. उपचार पर व्यय का विवरण :-

(क) औषधि पर व्यय	रु०.....
(ख) पैथोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(ग) रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(घ) विशेष परीक्षण पर व्यय	रु०.....
(च) शल्य क्रिया पर व्यय	रु०.....
(छ) अन्य व्यय (विवरण सहित)	रु०.....
योग	रु०.....

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

संलग्नक :- मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर संख्या.....।

हस्ताक्षर

चिकित्सक या शल्य चिकित्सक  
नाम योग्यता सहित सील

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

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....जो.  
.....रोग से पीड़ित था/थी एवं उन्हें आकस्मिक स्थिति में तत्काल  
चिकित्सा उपचार की आवश्यकता थी व मेरे उपचाराधीन है/रहें।

प्रतिहस्ताक्षर

हस्ताक्षर

प्राधिकृत चिकित्सक

चिकित्सक या शल्य चिकित्सक  
नाम योग्यता सहित सील

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....  
ने.....चिकित्सालय में उपचार किया तथा दी गई चिकित्सा सुविधा  
आवश्यक उपचार हेतु न्यूनतम थी।

हस्ताक्षर

प्रतिहस्ताक्षर कर्ता प्राधिकारी