

अनिवार्यता प्रमाणपत्र 'ब' / ESSENTIALITY CERTIFICATE 'B'

विभाग/अनुभाग \_\_\_\_\_ मे नियोजित \_\_\_\_\_ श्रीमती / श्री के/की  
पत्नी/पति/पुत्र/पुत्री/माता/पिता/श्रीमती/श्री/कु. \_\_\_\_\_ को यह प्रमाणपत्र दिया जाता है।  
Certificate granted to Mr./Mrs./Miss \_\_\_\_\_  
wife/husband/son/daughter/father mother of Mr./Mrs \_\_\_\_\_  
employed in the \_\_\_\_\_

भाग 'अ' / PART 'A'

(अस्पताल में रोग के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी द्वारा हस्ताक्षर हेतु) / (To be signed by the Medical Officer-in-Charge of case at the Hospital)

मैं डॉ. \_\_\_\_\_ एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि

I Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify :

क) रोगी को डॉ. \_\_\_\_\_ (चिकित्सा अधिकारी का नाम) / मेरी सलाह पर अस्पताल में भरती कराया गया था।  
A) that the patient was admitted to hospital on the advice of/on my advice. Dr. \_\_\_\_\_  
(name of the Medical Officer)

ख) रोगी संस्थान के अस्पताल में उपचाराधिन था और निम्नलिखित निर्धारित/प्रशंसित औषधियाँ रोगी के स्वास्थ्य लाभ/ रोगी की गंभीर हालत को और अधिक खराब होने से बचाने के लिए आवश्यक थी। यह औषधियाँ \_\_\_\_\_ अस्पताल के भंडार में बाह्य रोगियों को आपूर्ति करने के लिए नहीं रखी जाती हैं तथा इनमें किसी स्वामित्व निर्माण का भी समावेश नहीं है, न ही प्राथमिक आहार वाली औषधियाँ, प्रसाधन और रोगाणुनाशी औषधियों का सम्पाक ही है, इसके बजाय समान रोगनिवारक क्षमता वाली सस्ती औषधियाँ ही सुलभ हैं।

B) that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ Hospital, and that undermentioned medicines prescribed / administered were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the \_\_\_\_\_ Hospital for supply to private patient and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparations of which are primarily food, toilet or disinfectants;

औषधियों के नाम Name of the Medicines	मूल्य Price
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

औषधियों के नाम Name of the Medicines	मूल्य Price
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____

ग) दिया गया इंजेक्शन प्रतिरोधी अथवा रोगनिरोधी उद्देश्य के लिए नहीं था।

C) that the injections administered are not for immunising or prophylactic purposes:

घ) रोगी \_\_\_\_\_ रोग से पिड़ित है/था तथा \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक मेरे उपचाराधीन हैं/था।

D) that the patient is/was suffering from \_\_\_\_\_ and is/was under my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

च) क्ष-किरण, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए रु. \_\_\_\_\_ व्यय किया गया, आवश्यक था तथा मेरी सलाह पर सरकारी / मान्यताप्राप्त अस्पताल में किया गया था।

E) that the X-ray, Laboratory tests, etc., for which the expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at the \_\_\_\_\_ Hospital or \_\_\_\_\_ (Laboratory).

छ) मैंने डॉ. \_\_\_\_\_ को विशेषज्ञीय परामर्श के लिए बुलाया।

F) that I called in Dr. \_\_\_\_\_ for special consultation.

ज) मैंने रोगी को डॉ. \_\_\_\_\_ के पास विशेष परामर्श हेतु भेजा था।

G) that I referred the patient to Dr. \_\_\_\_\_ for special consultation.

रोगी के प्रभारी चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर एवं पदनाम

Signature and Designation of the Medical Officer-in-Charge of the case



भाग 'ब' / PART 'B'

मैं एतद् द्वारा प्रमाणित करता / करती हूँ कि रोगी \_\_\_\_\_ अस्पताल में मेरे उपचाराधीन था तथा रु. \_\_\_\_\_ का विशेष परिचारिका/ आया / परिचर की सेवाओं का खर्च रोगी के स्वास्थ्य लाभ/रोगी गंभीर हालत को और अधिक खराब होने से बचाने के लिए आवश्यक था, उसका बिल और रसीद संलग्न

I hereby certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the services of the special nurses / ayahs/ attendants for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred vide bills and receipts attached, where essential for the recovery /prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

Signature of the Medical Officer-in-Charge of the case

प्रतिहस्ताक्षर \_\_\_\_\_ चिकित्सा अधीक्षक, अस्पताल

Countersigned Medical Superintendent, \_\_\_\_\_ hospital

मैं प्रमाणित करता /करती हूँ कि रोगी अस्पताल में उपचाराधीन था तथा रोगी को जो सुविधाएँ उपलब्ध करायी गई, वे अल्पतम थीं तथा रोगी के लिए आवश्यक

I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment

चिकित्सा अधीक्षक / Medical Superintendent

दिनांक/ Date : \_\_\_\_\_ स्थान/ Place \_\_\_\_\_

टिप्पणी : प्रमाण पत्र जो आवश्यक नहीं हैं, उन्हें काट दें । प्रमाण पत्र 'ड' अनिवार्य रूप से प्रत्येक मामले में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए ।

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