

**Certificate required as per Ministry of Health, New Delhi
Memorandum No. F.I-17/52-LSG (M) Dated the 29th May, 1953**

Certificate granted to Mrs /Mr./Miss.....
father/mother/wife/son/daughter of Mr.....
employed in the.....

CERTIFICATE—B

(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

PART—A

(To be signed by the Medical Officer-in-charge of the case at the hospital)

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.....for supply to
private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper
substitute of equal therapeutic value are available, nor preparations which are
primarily foods, toilets and disinfectants.

NAME OF MEDICINES

PRICE

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

(c) that the injections administered ^{were}/_{were not} for immunising or prophylactic purposes.

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

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

(f) that I called in Dr.....for specialist consultation and the necessary approval of
(Name of the chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained.

Signature and Designation of the Medical Officer in-charge of the case at the Hospital.

(g) that the patient is/was suffering from.....and is/was under my treatment fromto.....

PART - B

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.

Signature of the Medical Officer in charge of the case at the hospital

Countersigned.
Medical Superintendent

.....Hospital.

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

Place.....

Medical Superintendent,

Date.....

.....Hospital

.....

..... Certificate not applicable should be struck off Certificate (d) is compulsory

स्वास्थ्य मंत्रालय

दिल्ली के ज्ञापन सं० एफ 1-17/52 - एल० एस० जी०
(एम) दिनांक : 29 मई, 1953 के अनुसार वांछित प्रमाणपत्र

प्रमाणपत्र श्रीमती/श्री/कुमारी की दिया
गया जो श्री के पिता/माता/पत्नी पुत्र/पुत्री हैं और
वे में नियुक्त हैं।

प्रमाणपत्र-(ख)

(अगर रोगी उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो तो पूर्ति करें)

भाग—क

(अस्पताल के चिकित्सा प्रभारी द्वारा हस्ताक्षर किया हो)

में, डा० प्रमाणित करता हूँ :—

(क) रोगी को अस्पताल में भर्ती किया जाय
सलाह से

.....
मेरी सलाह से

.....
मेरी सलाह से

(चिकित्सा अधिकारी का नाम)

(ख) कि रोगी निम्न उपचार में है और
निम्नलिखित दवाइयाँ मेरे द्वारा इस मामले में दी गई रोगी के भयंकर क्षय से सुधार / निवारण के
लिए आवश्यक है / थी

दवाइयाँ स्टॉक में नहीं थी में निजी रोगियों की
पूर्ति के लिए एवं सांपत्तिक औषधि निर्मित सम्मिलित नहीं थे, जिसके बदले में समतुल्य चिकित्सा शास्त्र
मूल्य पर्याप्त ही, न ही प्राथमिक भोजन, मालिनहरण एवं रोगाणनाशक निर्मित है :—

दवाइयों के नाम

मूल्य

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

(ग) कि इन्जेक्शन प्रबन्ध किये गये $\frac{\text{थे}}{\text{नहीं थे}}$ रोग निवारण के उद्देश्य से ।

(घ) कि रोग पीड़ित है / थे से एवं मेरे उपचार के अन्तर्गत है / थे तक ।

(ङ) कि एक्स-रे प्रयोगशाला टेस्ट आदि के लिए हुए खर्च रु० अवगत किया गया, आवश्यक थे एवं मेरी सलाह से ली गई
(अस्पताल व प्रयोगशाला का नाम)

(च) कि मैं बुलाया डा० विशेष सलाह के लिए एवं का अनुमोदन आवश्यक रहा जैसे कि नियम (राज्य का प्रमुख प्रशासक अधिकारी का नाम)

अस्पताल के चिकित्सा प्रभारी
अधिकारी का नाम व पद ।

(छ) कि रोगी पीड़ित है / था से एवं मेरे उपचार के अन्तर्गत तक है / था ।

भाग—ख

मैं, प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का उपचार अस्पताल में एवं नर्स की सेवा के लिए खर्च रु० उपागत किया गया बिल एवं रसीद संलग्न है, रोगी को भयंकर क्षय से सुधार / निवारण के लिए आवश्यक था ।

अस्पताल के मामले में चिकित्सा
प्रभारी अधिकारी का हस्ताक्षर ।

प्रतिहस्ताक्षर
चिकित्सा अधीक्षक अस्पताल

मैं, प्रमाणित करता हूँ कि रोगी उपचार के अन्तर्गत रहा में एवं न्यूनतम सुविधायें दी गई थी जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थी ।

स्थान :

चिकित्सा अधीक्षक

तिथि :

नोट : लागू न होने वाले प्रमाणपत्र को काट दें। प्रमाणपत्र (घ) अनिवार्य है एवं सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी के द्वारा भरा गया होना चाहिए ।