

दौत्रीय शिक्षा संस्थान, भोपाल

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन-पत्र

नोट : प्रत्येक मरीज के लिए पृथक आवेदन पत्र उपयोग करें

1. शासकीय कर्मचारी का नाम
पद
(अ) विवाहित अथवा अविवाहित
(ब) यदि विवाहित हो तो उस स्थान का
नाम जहाँ पति/पत्नी कार्यरत हो।
2. कार्यालय जहाँ कार्यरत है।
3. मौलिक नियमों में वर्णित शासकीय कर्मचारी
का वेतन और यदि कोई अन्य उपार्जन हो तो
उसे पृथक रूप से प्रदर्शित किया जाए।
4. कार्य स्थल
5. वास्तविक निवास का पता
6. मरीज का नाम और उसका शासकीय
कर्मचारी से रिश्ता
(नोट : बच्चों के प्रकरण में आयु का उल्लेख भी करें)
7. स्थान जहाँ मरीज रुग्ण हुआ था।
8. जितनी राशि की मांग है उसका विवरण

चिकित्सा :-

- (क) चिकित्सक को दिखाने का शुल्क :
(अ) चिकित्सा अधिकारी का नाम और पद
जिन्हें मरीज को दिखाया गया तथा
चिकित्सालय का नाम जहाँ चिकित्सा
अधिकारी कार्यरत है।
(ब) मरीज को दिखाने की संख्या एवं दिनांक
तथा फीस जो प्रत्येक बार दी गई।
(स) इन्जेक्शनों की संख्या और लगाने की
दिनांक तथा शुल्क जो प्रत्येक इन्जेक्शन
के समय दिया गया।
(द) यदि मरीज का दिखाने का कार्य/इन्जेक्शन
चिकित्सालय में पूर्ण हुआ हो या यदि चिकित्सा
अधिकारी के मरीज को देखने के कक्ष में हुआ
यदि मरीज के निवास पर हुआ हो तो।
- (ख) पैथोलॉजिकल, बैक्टिरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजिकल
अथवा अन्य इसी प्रकार के टेस्टों को शुल्क जो मरीज
के जाँच के दौरान निम्न प्रकार से किया गया।
(अ) चिकित्सालय अथवा प्रयोगशाला का नाम जहाँ
टेस्ट लिए गए।
(ब) यदि टेस्ट किसी अधिकृत चिकित्सा अधिकारी
की सलाह पर लिए गए हों, यदि हाँ तो पद
विषयक प्रमाण पत्र संलग्न किया जाए।
(स) बाजार से क्रय की गई दवाईयों का मूल्य
(कैश मेमो, दवाईयों की सूची एवं अनिवार्यता)
प्रमाण-पत्र साथ संलग्न किया जाए।

9. कुल धनराशि जिसकी मांग की जा रही है।

शासकीय सेवक द्वारा हस्ताक्षरित घोषणा-पत्र

मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन पत्र में दिये गए विवरण मेरी जानकारी और ज्ञान के अनुसार सत्य हैं और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया जाकर धन राशि की मांग की जा रही है, वह पूर्णतः मुझ पर निर्भर है तथा उनकी कुल आय (सभी मदों से) रु. 3500/- से कम है।

दिनांक.....

परिषद कर्मचारी के हस्ताक्षर
व कार्यालय जहाँ कार्यरत है।

रु.(रुपये)मात्र)
का भुगतान करें।

दिनांक.....

N. Sharu
19-2-2021

लेखाधिकारी

अनिवार्य प्रमाण-पत्र "अ"

यह प्रमाण पत्र श्री/श्रीमती/कु. जो क्षेत्रीय शिक्षा संस्थान,
भोपाल में कार्यरत है की/के पत्नी/पति/सुपुत्र/सुपुत्री/माता/पिता श्री/श्रीमती.....
को प्रदान किया जाता है।

प्रमाण-पत्र "अ"

(उन रोगियों के लिए भरा जाए जो उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किए गए)

मैं डॉ. प्रमाणित करता हूँ कि:

- (क) मैंने दिनांक को रोगी से अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर परामर्श शुल्क/अन्तः पेशी/अवत्वचीय इन्जेक्शन लगाने के निमित्त रुपये प्रभारित एवं प्राप्त किए।
- (ख) मैंने दिनांक को अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर अन्तः शिरा/अन्तः पेशी/अवत्वचीय इन्जेक्शन प्रतिरक्षी या रोग निरोधी थे/नहीं थे।
- (ग) लगाये गये इन्जेक्शन प्रतिरक्षी या रोग निरोधी थे/नहीं थे।
- (घ) रोगी अस्पताल में/मेरी परामर्श कक्ष में उपचाराधीन रहा है और मेरे द्वारा इस सम्बंध में लिखी गई दवाएं इस रोगी के स्वास्थ्य लाभ/रोगी की दशा गंभीर होने से बचाने के लिए आवश्यक थे। ये दवाएं बहिरंग रोगियों को देने के लिए अस्पताल के स्टॉक में नहीं रखी जाती है और इनमें स्वत्वाधिकार की ऐसी दवाईयां भी शामिल नहीं हैं, जो मुख्यतः खाद्य, श्रृंगार प्रसाधन या रोगाणुनाशी हो।

क्र.सं.	दवाईयों का नाम	मात्रा	मूल्य

- (ड) रोगी, (रोग का नाम) से पीड़ित है और मैं, तारीख से तक उसका उपचार कर रहा था।
- (च) रोगी का प्रसव-पूर्व अथवा प्रसव पश्चात नहीं किया गया था।
- (छ) एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिनके संबंध में रुपये खर्च किए गए थे आवश्यक थे और मेरी सलाह से (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किए गए थे।
- (ज) मैंने विशेषज्ञ संबंधी परामर्श के लिए डॉ. के पास भेजा था और इस संबंध में (राज्य के मुख्य प्रशासन चिकित्सा अधिकारी का नाम) की नियमानुसार आवश्यक स्वीकृति प्राप्त की थी।
- (झ) रोगी को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक नहीं था।

सं. :

दिनांक :

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और
पदनाम तथा संबद्ध अस्पताल/डिस्पेंसरी