

परिशिष्ट IX/APPENDIX-IX

अनिवार्यता प्रमाणपत्र "ए"/ESSENTIALITY CERTIFICATE "A"

चिकित्सा प्रपत्र/ FORM MED.103

----- में नियुक्त  
श्री/श्रीमती/कुमारी-----  
पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री -----को प्रमाणपत्र दिया गया।  
Certificate granted to Mr./Mrs./Miss-----  
Wife/Son/Daughter of Shri -----  
employed in the -----

प्रमाणपत्र "अ"/CERTIFICATE "A"

(जिन रोगियों को चिकित्सा के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो, उनके मामले में ही भरा जाना है(TO BE COMPLETED IN THE CASE OF PATINTS WHO ARE NOT ADMITTED TO HOSPITAL FOR MEDICAL TREATMENT)

- (क) मैं, डॉक्टर -----एतद्वारा प्रमाणित करता हूं कि मैंने दिनांक -----को रूपये----- अपने परामर्श कक्ष/रोगी के आवास पर परामर्श शुल्क के रूप में प्राप्त किये ।
- (a) I, Dr. -----hereby certify that I charged and received Rs.----- for consultations on-----at my consulting room/or (Dates to be given) at residence of the patient.
- (ख) कि मैंने दिनांक-----को अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास पर अवत्वचीय या अन्तपेशीय (इंजेक्शन) सूई लगाने का शुल्क रु.----- प्राप्त किया।
- (b) that I charged and received Rs.-----for administering-----intra-venous/intr-muscular/subcutaneous injections on------(dates to be given) at----- my consulting room/the residence of the patient;
- (ग) लगाये गये इंजेक्शन (सूई) रोगीकरण/रोगरोधी उद्देश्यों के लिए थे/नहीं थे ।
- (c) that the injections administered were not/were for immunizing or prophylactic purposes;
- (घ) रोगी ----- (स्थान का नाम) अस्पताल में उपचार किया जा रहा है और इस संबंध में मेरे द्वारा प्राधिकृत निम्नलिखित औषधियां रोगी की गंभीर रूप से बिगड़ती हुई दशा को सुधारने/रोकने के लिए आवश्यक थीं । ये औषधियां -- -----अस्पताल में प्रावेट रोगियों को नहीं दी जाती और उनमें वे पेटेन्ट (एकायत) योग शामिल नहीं है जिनके लिए समान चिकित्सा मान के

सस्ते द्रव्य उपलब्ध है न ही वे योग शामिल हैं जो मूलतः खाद्य, प्रसाधन अथवा रोगाणुनाशक है ।

- (d) that the patient has been under treatment at----- hospital and that the under mentioned 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----- (name of the hospital) for supply to private patient and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

औषधियों के नाम/Name of Medicines

मूल्य/Price

(बड़े अक्षरों में/in block letters)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

(ड़) रोगी-----से पीड़ित है/था और मैं दिनांक ----- से ----- तक उसका उपचार कर रहा हूँ/था ।

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

(च) रोगी का जन्म से पूर्व या जन्म के पश्चात् उपचार नहीं किया गया है/था ।

(f) that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(छ) एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए जो रु.-----व्यय किए गये थे वे अति आवश्यक थे और मेरी सलाह से ही ----- (अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम) किए गए ।

(g) that the X-ray] laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs.----- was incurred was necessary and were undertaken on my advice at----- (name of the hospital or Laboratory);

(ज) मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए रोगी को डॉक्टर----- के पास भेजा और----- (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) से नियमों के अन्तर्गत वांछित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया था ।

(h) that I referred the Patient to Dr.-----for specialist consultation and that the necessary approval of the----- (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rule was obtained.

- (झ) रोगी को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था/नहीं था ।  
(i) that the patient did not require/required hospitalisation.

दिनांक/**DATED**

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा  
अस्पताल/डिस्पेंसरी जिससे संबंधित है ।  
**SIGNATURE AND DESIGNATION OF THE MEDICAL  
OFFICER AND HOSPITAL/DISPENSARY TO  
WHICH ATTACHED.**