

Attending Physician's Statement - Disability Claim

ಅಟೆಂಡಿಂಗ್ ಮಾಡುತ್ರಿರುವ ಫಿಜೀಶಿಯನ್ ಹೇಳಿಕೆ - ಡಿಸ್‌ಎಬಿಲಿಟಿ ಕ್ಲೈಮ್

Note: PLEASE SIGN ON ALL PAGES AT BOTTOM.

ಸೂಚನೆ: ದಯವಿಟ್ಟು ಎಲ್ಲ ಪುಟಗಳಲ್ಲೂ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಹಿ ಮಾಡಿ

DOCTOR'S DETAILS:

ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು:

Name of the Attending Physician: _____

ಅಟೆಂಡಿಂಗ್ ಫಿಜೀಶಿಯನ್ ಹೆಸರು :

Name of the Clinic / Hospital: _____

ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಕ್ಲಿನಿಕ್ ಹೆಸರು :

Address: _____

ವಿಳಾಸ :

Contact No.: _____ E-mail address: _____

ಕಾಂಟಾಕ್ಟ್ ನಂ.:

ಇ-ಮೇಲ್ ವಿಳಾಸ :

CLAIMANT/PATIENT'S DETAILS:

ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್/ರೋಗಿಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Claimant: _____

ಕ್ಲೈಮೆಂಟ್ ಹೆಸರು :

Address: _____

ವಿಳಾಸ :

Age & Sex: _____ Hospital/Indoor Patient Number: _____

ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಲಿಂಗ :

ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ಒಳರೋಗಿ ನಂಬರ್ :

SPECIFY WHICH DISABILITY IS APPLICABLE:

ಯಾವ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ ಎಂದು ಸೂಚಿಸಿ:

Loss of sight of one Eye

ಒಬ್ಬ ಕಣ್ಣು ಕುರುಡಾಗಿರುವುದು

Loss on use of one Limb

ಒಂದು ಕೈ/ಕಾಲು ನಷ್ಟ

Loss of sight of both the eyes

ಎರಡು ಕಣ್ಣು ಕುರುಡಾಗಿರುವುದು

Loss of Hearing

ಕಿವಿಡಾಗಿರುವುದು

Loss of use of two limbs

ಎರಡು ಕೈ/ಕಾಲು ನಷ್ಟ

Loss of one limb & loss of sight of one eye

ಒಬ್ಬ ಕೈ/ಕಾಲು ನಷ್ಟ ಮತ್ತು ಒಂದು ಕಣ್ಣು ಕುರುಡಾಗಿರುವುದು

Loss of speech and hearing

ಮೂಗತನ ಮತ್ತು ಕಿವಿಡಾಗಿರುವುದು

Loss of Speech

ಮಾತು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದು

HISTORY

ಚರಿತ್ರೆ

Date of first Consultation: _____

ಮೊದಲನೆ ಕನ್ಸಲ್ಟೇಷನ್ ದಿನಾಂಕ

Details of the Doctor who treated first: _____

ಮೊದಲು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು:

Date of appearance of first symptoms: _____

ಮೊದಲಸಾರಿ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡುಬಂದ ದಿನಾಂಕ:

Has the patient ever had the same or similar condition in past: Yes No

ಈ ಹಿಂದೆ ಇದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ರೋಗಿಯು ಅನುಭವಿಸಿದ್ದರೇ: ಹೌದು ಇಲ್ಲ

(If "yes," state when and provide details. Kindly attach another sheet if required): _____

('ಹೌದು' ಎಂದಾದರೆ ಯಾವಾಗ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವರಗಳೊಂದಿಗೆ ತಿಳಿಸಿ. ಆಗತ್ಯಾನುಸಾರ ಇನ್ನೊಂದು ಹಾಳೆಯನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸಿ)

PRESENT CONDITION:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ಥಿತಿ:

Subjective symptoms: _____
 ಭೌತಿಕ ಲಕ್ಷಣಗಳು: _____

Objective findings (include results of current X-rays, ECGs or any other special tests): _____
 ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು (ಇದರಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸ್-ರೇಗಳು, ಇಆಉ ಗಳು ಅಥವಾ ಇತರ ವಿಶೇಷ ಟೆಸ್ಟ್‌ಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದು)

DIAGNOSIS:

ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್

Please provide details: _____
 ದಯವಿಟ್ಟು ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ

TREATMENT:

ಚಿಕಿತ್ಸೆ:

Date of first visit: _____
 ಮೊದಲ ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕ : _____

OP Number/Hospital No/Indoor Patient No.: _____
 OP ಸಂಬರ್/ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಬರ್/ಒಳರೋಗಿ ಸಂಬರ್: _____

Date of last visit: _____ Frequency of visits (Weekly/Monthly/Other): _____
 ಇತ್ತೀಚಿನ ಭೇಟಿ ದಿನಾಂಕ : _____ ವಿಸಿಟ್ ಫ್ರೀಕ್ವೆನ್ಸಿ (ವಾರಕ್ಕೊಮ್ಮೆ/ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ/ಇತರೆ) : _____

Date of Last examination: _____
 ಇತ್ತೀಚಿನ ಎಕ್ಸಾಮಿನೇಶನ್ ದಿನಾಂಕ : _____

Is this Disability permanent: _____
 ಈ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಶಾಶ್ವತವೇ: _____

Is this Disability Reversible: _____
 ಈ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆಯೇ?: _____

What was the cause of disability: _____
 ಈ ಅಂಗವಿಕಲತೆಗೆ ಕಾರಣವೇನು?: _____

Is this disability result of Accident: _____
 ಈ ಅಂಗವಿಕಲತೆ ಅಪಘಾತದಿಂದ ಸಂಭವಿತ?: _____

PROGRESS:

ಪ್ರಗತಿ

Recovered ರಿಕವರ್ ಆಗಿದೆ Improved ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿದೆ Unimproved ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿಲ್ಲ Retrogressed ಹದಗೆಟ್ಟಿದೆ

MENTAL CONDITION:

ಮನಸ್ಸಿನ ಸ್ಥಿತಿ

Is the patient competent to endorse checks and direct the use of proceeds there of? Yes ಹೌದು No ಇಲ್ಲ
 ರೋಗಿಯು ಚೆಕ್‌ಗಳನ್ನು ಎಂಡೋರ್ಸ್ ಮಾಡಲು ಸಮರ್ಥರಾಗಿದ್ದರೆಯೆ ಮತ್ತು ಆದರಿಂದ ದೊರೆಯುವ ಲಾಭವನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೊಂದಿದ್ದಾರೆಯೆ?

DECLARATION:

ಘೋಷಣೆ:

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

ಈ ಹೇಳಿಕೆಗಳು ನನ್ನ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸತ್ಯ ಮತ್ತು

Name & Signature of the Physician: _____ Date: _____

ಫಿಜ್ಷಿಯನ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ: _____ ದಿನಾಂಕ: _____

Qualifications: _____

ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ: _____

Reg. No.: _____ (Seal)

ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಶನ್ ನಂ.: _____ (ಮೊಹರು)

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

ಸೂಚನೆ: ಈ ಪಾಲಿಸಿ ಸರ್ವಿಸಿಂಗ್ ಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಮೂಲ ವಿಷಯಗಳು ಇಂಗ್ಲೀಷ್‌ನಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸ್ಥಳೀಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಷಾಂತರ ರೂಪದಲ್ಲಿವೆ. ಭಾಷಾಂತರ ಆವೃತ್ತಿ ಮತ್ತು ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಆವೃತ್ತಿಗಳ ನಡುವೆ ಯಾವುದೇ ವಿವಾದ ಏರ್ಪಟ್ಟರೆ, ಇಂಗ್ಲೀಷ್ ಆವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಅಂತಿಮ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಅದೇ ಉಳಿಯುತ್ತದೆ.