

**HOSPITAL CERTIFICATE**

ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್

**(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)**

(ಅಟೆಂಡಿಂಗ್ ಫಿಜೀಶಿಯನ್ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು)

**Patient Details:**  
ರೋಗಿಯ ವಿವರಗಳು:

Name of the Patient: \_\_\_\_\_  
ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು:

Age: \_\_\_\_\_ (Please Tick box) Sex: Male  Female   
ವಯಸ್ಸು \_\_\_\_\_ (ದಯವಿಟ್ಟು ಬಾಕ್ಸ್ ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ) ಲಿಂಗ: ಪುರುಷ \_\_\_\_\_ ಮಹಿಳೆ \_\_\_\_\_

Address of the Patient: \_\_\_\_\_  
ರೋಗಿಯ ವಿಳಾಸ \_\_\_\_\_

Telephone No: \_\_\_\_\_  
ಟೆಲಿಫೋನ್ ನಂ.

Name & Address of the Physician:(As Applicable): \_\_\_\_\_  
ಫಿಜೀಶಿಯನ್ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ: (ಅನ್ವಯಾನುಸಾರ) \_\_\_\_\_

Telephone No: \_\_\_\_\_  
ಟೆಲಿಫೋನ್ ನಂ.

Name & Address of the Hospital: (As Applicable): \_\_\_\_\_  
ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರು & ವಿಳಾಸ: (ಅನ್ವಯವಾಗುವಂತೆ): \_\_\_\_\_

Telephone No: \_\_\_\_\_  
ಟೆಲಿಫೋನ್ ನಂ.

Hospital Inpatient No / MRD No: \_\_\_\_\_  
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಒಳರೋಗಿ ನಂ./ MRD ನಂ.:

**Particulars of Complaints and Symptoms:**  
ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಮತ್ತು ಲಕ್ಷಣಗಳ ವಿವರಗಳು:

- Reason for Hospitalization: \_\_\_\_\_  
ಆಸ್ಪತ್ರೆ ದಾಖಲಾತಿಗೆ ಕಾರಣ:
- Date of first diagnosis/surgery: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
ಮೊದಲನೇ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್/ಸರ್ಜರಿ ದಿನಾಂಕ: \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ)
- Date and time of admission: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ಆಡ್ಮಿಷನ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ) \_\_\_\_\_ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)
- Date and time of Discharge: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ) \_\_\_\_\_ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)
- Exact diagnosis (es)/condition(s) : \_\_\_\_\_  
ನಿಖರವಾದ ಡಯಾಗ್ನೋಸಿಸ್(ಗಳು)/ಪರಿಸ್ಥಿತಿ(ಗಳು): \_\_\_\_\_
- Date of first Consultation (prior to hospitalization) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY)  
ಮೊದಲನೇ ಕನ್ಸಲ್ಟೇಷನ್ ದಿನಾಂಕ (ಹಾಸ್ಪಿಟಲೈಸೇಷನ್ಗೆ ಮುಂಚೆ) \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ)
- Was the Patient admitted to ICU? Yes  No  If "Yes" Please specify below details:  
ರೋಗಿಯನ್ನು ICU ಗೆ ಅಡ್ಮಿಟ್ ಮಾಡಲಾಯಿತೆ? ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  ಹೌದಾದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಕೆಳಕಂಡ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ:  
  - Date and time of Admission into ICU: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ICU ಗೆ ಆಡ್ಮಿಷನ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ) \_\_\_\_\_ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)
  - Date & time of Discharge from ICU: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (in 24 Hrs format)  
ICU ಯಿಂದ ಡಿಸ್ಚಾರ್ಜ್ ಮಾಡಿದ ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ಸಮಯ: \_\_\_\_\_ (ದಿನತಿಂಗಳುವರ್ಷ) \_\_\_\_\_ (24 ಗಂಟೆ ಫಾರ್ಮಾಟ್)
- A) With what complaints was the patient admitted for?  
ರೋಗಿಯನ್ನು ಯಾವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗಾಗಿ ಆಡ್ಮಿಟ್ ಮಾಡಲಾಯಿತು?  
B) Since when was the patient suffering from the said complaint?  
ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯು ಎಷ್ಟು ಸಮಯದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ?
- Please give previous medical history of the patient:  
ರೋಗಿಯ ಹಿಂದಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚರಿತ್ರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಕೊಡಿ.
- Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details. \_\_\_\_\_  
ಈ ಸಂಕೀರ್ಣತೆ ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಇದ್ದ ಕಾಯಿಲೆ ಅಥವಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯದ್ದೇ? ಹೌದಾದರೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ:
- Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs? \_\_\_\_\_  
ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾಯಿಲೆ ಕುಡಿತ ಅಥವಾ ಮತ್ತು ಬರಿಸುವ ದ್ರವ್ಯಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದೇ?
- Exact cause of illness: (if others Please specify)  
ಕಾಯಿಲೆಗೆ ನಿಖರವಾದ ಕಾರಣ: (ಬೇರೆ ಏನಾದರೂ ಇದ್ದರೆ ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ)  
Congenital  Accidental  Pre-existing  Disability  Others  : \_\_\_\_\_  
ಸಹಜಾತ  ಅಕಸ್ಮಿಕ  ಪೂರ್ವಾಸ್ಥಿತ  ಅಸಮರ್ಥತೆ  ಇತರೆ
- ICD 10 Code: \_\_\_\_\_ Details of Procedure/s done: \_\_\_\_\_  
ICD 10 ಕೋಡ್: \_\_\_\_\_ ನಡೆಸಿದ ಪ್ರೋಸೀಜರ್/ಗಳ ವಿವರ: \_\_\_\_\_
- Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon: \_\_\_\_\_  
ಅಟೆಂಡಿಂಗ್ ಫಿಜೀಶಿಯನ್/ಸರ್ಜನ್ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಟಿಪ್ಪಣಿಗಳು: \_\_\_\_\_
- Nature of identity proof submitted by patient: \_\_\_\_\_  
ರೋಗಿಯು ಸಲ್ಲಿಸಿದ ಐಡೆಂಟಿಟಿ ಪ್ರೂಫ್ ವಿಧ: \_\_\_\_\_

# HOSPITAL CERTIFICATE

ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಸರ್ಟಿಫಿಕೇಟ್

16.

Sr. no ಕ್ರಮ ಸಂ.	Hospital Details ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ವಿವರ	To be filled by Physician/Hospital ಫಿಜಿಯನ್/ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಭರ್ತಿಮಾಡಬೇಕು
a.	Hospital Registration number ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ರಿಜಿಸ್ಟ್ರೇಶನ್ ನಂಬರ್	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಒಳರೋಗಿ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ (ICU ಸೇರಿದಂತೆ)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪೂರ್ಣ ಆಪರೇಶನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದ ನರ್ಸ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ದಿನರಾತ್ರಿ ಸೇವೆ ಕೊಡುವ ಸಂಪೂರ್ಣ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯರ ಸಂಖ್ಯೆ	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

ರೋಗಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಥವಾ ಸಲಹೆ ನೀಡಿದ ವೈದ್ಯರ/ಸರ್ಜನ್ ವಿವರಗಳು

Name of the Doctor / Surgeon ವೈದ್ಯರ/ಸರ್ಜನ್ ಹೆಸರು	Contact Details ಸಂಪರ್ಕ ವಿವರಗಳು

## Declaration:

ಘೋಷಣೆ:

### By The Hospital

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ಈ ಕ್ಲೈಮ್ ಫಾರಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಲಾಗಿರುವ ಮಾಹಿತಿ, ನಮ್ಮ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ನಂಬಿಕೆಯ ಪ್ರಕಾರ ಸತ್ಯವಾದದ್ದು ಮತ್ತು ಸರಿಯಾದದ್ದು ಎಂದು

ನಾವು ಘೋಷಿಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿರುವ ಮೇಲ್ಕಂಡ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಗುರುತನ್ನು ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಅಥೆಂಟಿಕೇಟ್ ಮಾಡುತ್ತೇವೆ.

Doctor's name & Qualification: \_\_\_\_\_

ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ:

Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ:

ದಿನಾಂಕ:

Address & Seal: \_\_\_\_\_

ವಿಳಾಸ ಮತ್ತು ಮೊಹರು:

(To be attested with Hospital Seal)

(ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಮೊಹರಿನೊಂದಿಗೆ ಹಾಸ್ಪಿಟಲ್ ಅಟೆಸ್ಟ್ ಮಾಡಬೇಕು)

**Note: All the questions are mandatory.**

ಸೂಚನೆ: ಎಲ್ಲ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳೂ ಕಡ್ಡಾಯ.