

**Certificate-'B'****प्रमाणपत्र-‘बी’****ESSENTIALITY CERTIFICATE****अनिवार्यता प्रमाण पत्र****(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital treatment)****(उन रोगियों के मामले में पूरा किया जाना है जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हैं।)**

Certificate granted to Mr/Mrs/Miss/Master.....

Son/Wife/daughter of Mr. employed
in the SHRI LAL BAHADUR SHASTRI NATIONAL SANSKRIT UNIVERSITIES, NEW DELHI-16.

श्रीमान/श्रीमती/सुश्री/मास्टर को दिया गया प्रमाण पत्र.....

पुत्र/पत्नी / पुत्री / श्रीश्री लाल
बहादुर शास्त्री राष्ट्रीय संस्कृत विश्वविद्यालय, नई दिल्ली-16 में कार्यरत है।**PART-'A'**I, Dr hereby certify:-
मैं, डॉ. एतद्वारा
प्रमाणित।

- a) That the patient was admitted to hospital on the advice of
(name of the Medical Officer)/ on my advice.

रोगी कोमेरी सलाह/(चिकित्सा अधिकारी का नाम) की सलाह
पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

- b) That the patient has been under treatment atand that the
under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recover/
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
patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal
therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

यह कि रोगी का उपचार चल रहा है..... और यह
कि इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे दी गई दवाएं रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट को ठीक करने/रोकने के
लिए आवश्यक थी। दवाओं का स्टॉक(अस्पताल का नाम) में नहीं है।
निजी मरीजों की आपूर्ति के लिए और मालिकाना तैयारी शामिल नहीं है जिसके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते
पदार्थ उपलब्ध हैं, न कि ऐसी तैयारी जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

S.no. क्र.सं.	Medicines/Bill Details दवाईयाँ/बिल विवरण	Date दिनांक	Amount राशि
1			
2			
3			
4			
Total Amount/कुल राशि			

c) That the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purposes;

प्रशासित इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे/थे।

d) That the patient is/ was suffering from and is/was under my treatment from to

रोगीसे पीड़ित है/था औरसे तक मेरे उपचार के अधीन था।

e) 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/ Laboratory);

कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण इत्यादि। जिसके लिए रु. खर्च किया गया था, आवश्यक था और मेरी सलाह पर.....(अस्पताल/प्रयोगशाला का नाम)।

f) That I called on Dr. for Specialist consultation and that the necessary approval of the (name of the chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

मैंने डॉ.से मुलाकात कीविशेषज्ञ परामर्श के लिए और आवश्यक अनुमोदन.....(क नाम राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी) नियमों के तहत आवश्यक रूप में प्राप्त किया गया था।

***Signature and Designation of the Medical Officer in charge
of the case at the hospital***

***प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
अस्पताल में मामले की***

ESSENTIALITY CERTIFICATE

अनिवार्यता प्रमाण पत्र

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital treatment)

(उन रोगियों के मामले में पूरा किया जाना है जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हैं।)

PART-'B'

I certify that the patient has been under treatment at the hospital and that the service 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.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी कामें उपचार चल रहा है। अस्पताल और वह विशेष नर्सों की सेवा जिसके लिए रु.खर्च किया गया था, संलग्न बिल और रसीदें रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की वसूली/रोकथाम के लिए आवश्यक थीं।

*Signature and Designation of the Medical Officer in charge
of the case at the hospital*

*प्रभारी चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम
अस्पताल में मामले की*

COUNTERSIGNED

प्रतिहस्ताक्षरित

(By Medical Superintendent)

(चिकित्सा अधीक्षक द्वारा)

.....Hospital
.....अस्पताल

I certify that the patient Mr/Mrs/Miss/Master son/wife/daughter of Mr. has been under treatment at thehospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी श्री/श्रीमती/सुश्री/मास्टर पुत्र/पत्नी/पुत्री उपचाराधीन है अस्पताल और यह कि प्रदान की जाने वाली सुविधाएं न्यूनतम थे जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थे।

Medical Superintendent

चिकित्सा अधीक्षक

.....Hospital

.....अस्पताल

Date/दिनांक :.....

Place/स्थान:.....

Note : Certificates not applicable should be stuck off. Certificate is compulsory and must be filled in by Medical Officer in all cases.

नाट: लागू नहीं होने वाले प्रमाणपत्रों को काट देना चाहिए। प्रमाणपत्र अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।