

ESSENTIALITY CERTIFICATE

CERTIFICATE-A

(Under Central Service (Medical Attendance Rules))

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

Certificate granted to Mrs./Mrs./Miss. _____ wife/son/daughter of
Mr. _____ employed _____ in
the _____

I, Dr. _____ hereby certify _____

- a) That I charges and received Rs. _____ for _____
Consultation on _____ (dates to be given) at my
consulting room/at the residence of the patient;
- b) That I charged and received Rs. _____ for administering _____
_____ intravenous/intra-muscular/subcutaneous _____ injection
on _____ (dates to be given) at _____ my
consulting room/at the residence of the patient;
- c) That the injection administered were not/were for immunising or prophylactic
purposes;
- d) That the patient has been under treatment at _____ hospital/my
consulting room and the under mentioned medicines prescribed by me in the 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 patients 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.

Name of medicines	Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

- e) That the patient is/was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____:
- f) That the patient is/was not given pre-natal or post –natal treatment;
- 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);
- h) That I referred the patient to Dr. _____ for specialist consultation and necessary approval of the _____ (name of the Chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- i) That the patient did not required/required hospitalisation.

Signature of AMA/Designation of
the Medical Officer and Hospital
(Dispensary to which attached)

Dated _____

अनिवार्यता प्रमाणपत्र

प्रमाण पत्र-‘क’

(केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचारी नियमों के तहत)

(उन रोगियों के मामले में पूरा किया जाना चाहिए जो उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं हुए हैं)

_____ में कार्यरत श्रीमती/श्रीमती _____ पत्नी/पुत्र/पुत्री श्रीमती/श्री/सुश्री _____ को प्रमाण पत्र दिया गया।

मैं, डॉ. _____ एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ-

क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर _____ (तिथियां दी जानी हैं) को परामर्श हेतु _____ रुपये शुल्क लगाया है और प्राप्त किया है ;

ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास _____ पर _____ (तिथियां दी जानी हैं) को इंटरबिनस/इंट्रा-मस्क्युलर/सबकुटेनियस इंजेक्शन लगाने के लिए _____ रुपये शुल्क लगाया है और प्राप्त किया है ;

ग) कि लगाए गए इंजेक्शन टीकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए नहीं थे;

घ) कि रोगी का उपचार _____ चिकित्सालय/मेरे परामर्श कक्ष में किया गया है और इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित नीचे दी गई दवाएं रोगी की सेहत गंभीर रूप से खराब न हो, उससे बचाने/रोकथाम के लिए आवश्यक थीं। निजी रोगियों को देने के लिए औषधियों का _____ (अस्पताल का नाम) में स्टॉक नहीं किया जाता है और इनमें औषधियों की तैयारियां शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न ही ऐसी तैयारियां, जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय मर्दें या कीटाणुनाशक हैं।

दवाओं के नाम	कीमत
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

ङ) कि रोगी _____ से पीड़ित है / पीड़ित था और _____ से _____ तक मेरे पास इलाज चल रहा है/था;

च) कि रोगी को प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर उपचार नहीं दिया गया है/दिया गया था;

छ) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिसके लिए _____ रुपये का व्यय किया गया है, आवश्यक था और _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर किया गया था;

ज) कि मैंने रोगी को डॉक्टर _____ के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिए भेजा था और नियमों के तहत अपेक्षित _____ (राज्य के मुख्य प्रशासनिक अधिकारी का नाम) की आवश्यक स्वीकृति प्राप्त कर ली गई थी।

झ) कि रोगी को अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है/आवश्यकता नहीं थी।

ए०एम०ए० के हस्ताक्षर/पदनाम
चिकित्सा अधिकारी और अस्पताल
(औषधालय जिससे जुड़ा हुआ है)

दिनांक _____