



बहिरंग रोगी विभाग (ओ.पी.डी) / अंतरंग विभाग
OPD / INDOOR

राष्ट्रीय अध्यापक शिक्षा परिषद्, नई दिल्ली
NATIONAL COUNCIL FOR TEACHER EDUCATION

1. कर्मचारी का नाम और पदनाम
Name and Designation of Employee
(बड़े अक्षरों में) :
(in block letters)
2. (i) क्या विवाहित हैं अथवा अविवाहित :
Whether married or unmarried
(ii) यदि विवाहित है तो जीवन-साथी :
(पति / पत्नी) का नाम
If married, name of spouse (Husband/Wife)
(iii) यदि जीवनसाथी नौकरी में है तो उस :
कार्यालय का नाम लिखें जिसमें वह
नौकरी कर रहा / रही है
If spouse is employed please indicate
name of office in which employed
(iv) क्या जीवनसाथी भी चिकित्सा / :
स्वास्थ्य सुविधा स्कीम का हकदार है
Whether spouse is also entitled to Medical /
Health Benefit Scheme.
(v) क्या जीवन साथी ने अपने नियोक्ता को :
यह सूचित कर रखा है कि वह अपने
जीवनसाथी की चिकित्सा स्कीम का लाभ
नहीं उठाएगा
Whether spouse has informed his / her
employer that he/she will not avail of
Medical Scheme of his/her spouse.
3. कर्मचारी का मूल वेतन :
Basic Pay of the employee
4. ड्यूटी का स्थान :
Place of Duty
5. वास्तविक आवास का पता :
Actual residential address
6. (i) रोगी का नाम / आयु :
Name of the patient / age
(ii) कर्मचारी के साथ उसका सम्बन्ध :
His/her relationship to the employee
7. वह स्थान जहां रोगी बीमार पडा :
Place at which the patient fell ill

8. चिकित्सकीय परिचर्या

Medical Attendance

परामर्श के लिए फीस जिसमें निम्न ब्यौरे दिए गए हों

Fee for consultation indicating

- (i) चिकित्सा अधिकारी का नाम और पदनाम तथा उस अस्पताल या औषधालय का नाम जिसके साथ वह सम्बद्ध है :
The name and designation of Medical Officer and the Hospital or Dispensary to which attached
- (ii) परामर्शों की संख्या और तारीखें और प्रत्येक परामर्श के लिए अदा की गई फीस :
The number and dates of consultation and the fee paid for each consultation
- (iii) चिकित्सा अधिकारी की सलाह पर निदान के दौरान कराए गए विभिन्न रोग वैज्ञानिक, जीवाणु-विज्ञान सम्बन्धी, विकिरण चिकित्सा वैज्ञानिक परीक्षणों के नाम और किया गया खर्च (प्रयोगशाला का नाम) :
Name and of charges for various pathological, Bacteriological, Radiological or other similar tests undertaken during diagnosis on advice of Medical Officer (name of laboratory)
- (iv) बाजार से खरीदी गई दवाओं के नाम / मूल्य (नुस्खे के साथ केशमीमो संलग्न की जाए) :
Names/Costs of medicines purchased from market (Cash memos alongwith prescription to be attached)

9. विशेषज्ञ के साथ परामर्श

Consultation with specialist

अधिकृत चिकित्सकीय परिचारक के अलावा विशेषज्ञ / चिकित्सा अधिकारी को अदा की गई फीस

Fee paid to a specialist Medical Officer other than the Authorized Medical Attendant.

- (i) जिस विशेषज्ञ या अधिकारी के साथ परामर्श किया गया, उसका नाम :
The name and designation of the Specialist or Officer consulted
- (ii) परामर्शों की संख्या तथा तारीखें तथा प्रत्येक परामर्श के लिए अदा की गई फीस :
Number and dates of consultation and fees charges for each consultation.

- (iii) क्या विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के साथ परामर्श अस्पताल / परामर्श कक्ष अथवा रोगी के घर पर किया गया
Whether consultation was held at hospital /the consulting room of specialist or Medical Officer or at the residence of patient.
- (iv) क्या विशेषज्ञ अथवा चिकित्सा अधिकारी के साथ परामर्श प्राधिकृत चिकित्सा परिचारक की सलाह पर किया गया
Whether the specialist or Medical Officer was consulted on the advice of the Authorized Medical Attendant
10. दावा की गई कुल राशि :
Total amount claimed
11. घटाएं अग्रिम जो आगे बताई गई तारीख को लिए गया था :
Less advance taken on
12. दावे की शुद्ध राशि :
Net amount claimed
13. संलग्नकों की सूची :
List of enclosures

परिषद के कर्मचारी द्वारा हस्ताक्षर की जाने वाली घोषणा
DECLARATION TO BE SIGNED BY THE EMPLOYEE OF THE COUNCIL

मैं एतद्वारा यह घोषणा करता / करती हूं कि आवेदन पत्र में दिए गए कथन मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही है तथा जिस व्यक्ति पर चिकित्सा खर्च किया गया है वह मैं स्वयं हूं / पूरी तरह मुझ पर आश्रित हैं तथा इन खर्चों के लिए किसी अन्य कार्यालय / स्रोत से दावा नहीं किया गया है / नहीं किया जा रहा है ।

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred in my self/wholly dependent upon me and these expenses are not claimed / being claimed from any other office / course.

हस्ताक्षर _____
Signature
कर्मचारी का नाम _____
Name of the employee
पदनाम _____
Designation

टिप्पणी : दावे के समर्थन में समुचित वाउचर / दस्तावेज प्रस्तुत किए जाने चाहिए ।
Note : Claims to be supported with proper vouchers / documents.

अनिवार्यता प्रमाण पत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE

प्रमाणपत्र 'ए'
CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जो उपचार के लिए अस्पताल में दाखिल नहीं होते)
(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

राष्ट्रीय अध्यापक शिक्षा परिषद् में नियुक्त श्री / श्रीमती / सुश्री _____ सुपुत्र
/ पत्नी / सुपुत्री _____ को प्रमाण पत्र प्रदान किया गया
Certificate granted to Mr. Mrs. /Ms. _____ wife/son/daughter of Mr.
/ Mrs. _____ employed in the National Council for Teacher Education, New /Delhi.

1. मैं, डाक्टर _____ एतद्वारा यह प्रमाणित करता / करती
हूँ कि
I, Dr. _____ hereby certify :-

(क) यह कि मैंने _____ (तारीखें भरी जाए) को अपने परामर्श कक्ष /
रोगी के आवास पर _____ परामर्श / परामर्शों के
लिए ' _____ प्रभारित किए और वसूल किए ।

(a) That I charged and Received ' _____ for _____
consultation on _____ (dates to be given) at my consulting room at the
residence of the patient;

(ख) यह कि मैंने अपने परामर्श कक्ष रोगी के आवास पर (_____ तारीखें दी
जाएँ) को इन्ट्रावीनस, इन्ट्रामस्क्यूलर, सबक्यूटेनियस इन्जेक्शन लगाने के लिए ' _____
_____ प्रभारित किए और वसूल किए ।

(b) That I charged and received ' _____ for administering _____
intra-venous, intra-muscular, subcutaneous injections on _____ (dates
to be given) at my consulting room / at the residence of the patient.

(ग) यह कि लगाए गए इन्जेक्शन प्रतिरक्षण अथवा रोग-निरोधी प्रयोजनों के लिए नहीं थे ।

(c) That the injections administered were not immunizing or prophylactic purposes.

(घ) यह कि रोगी _____ अस्पताल / मेरे परामर्श कक्ष में उपचार
प्राप्त कर रहा / रही है और इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा सुझाई गई निम्न दवाएं रोगी के
स्वास्थ्य-लाभ / की स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने के लिए अनिवार्य थी । यह दवाएं
निजी रोगियों को दिए जाने के लिए _____ (अस्पताल का नाम) में
भण्डार में नहीं रखी जाती और इनमें ऐसी मालिकाना निर्मितियां शामिल नहीं हैं जिनके
लिए समान चिकित्सकीय महत्व के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हों, ये ऐसी निर्मितियां नहीं हैं जो
कि मूलतः भोजन, टायलेट अथवा विसंक्रामक पदार्थ हों ।

That the patient has been under treatment at _____ hospital/my
consulting room 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
hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which
cheaper substances of equal therapeut value are available not preparations which are primarily
foods, toilets or disinfectants.

	दवाई का नाम Name of Medicines	मूल्य Price
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

- (ड) यह कि रोगी _____ से पीडित था और वह _____ से _____ तारीख तक मेरे इलाज में रहा है / रहा था ।
- (e) That the patient is/was suffering from _____ and is/was under my treatment from _____ to _____.
- (च) यह कि रोगी के प्रसवपूर्व अथवा प्रसवोत्तर उपचार प्रदान नहीं किया गया ।
- (f) That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (छ) यह कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए _____ की राशि खर्च की थी, जरूरी थी और वे _____ (अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर कराए गए थे ।
- (g) That the X-ray, laboratory test etc., for which an expenditure of _____ was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory).
- (ज) यह कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए रोगी को डा. _____ के पास भेजा था और इस सम्बन्ध में नियमों के अधीन अपेक्षा के अनुसार (राज्य के प्रमुख प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी) की मंजूरी प्राप्त कर ली गई थी ।
- (h) That I referred the patient to Dr. _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (Name of the Chief Medical Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- (झ) यह कि रोगी को अस्पताल में रहकर इलाज कराना जरूरी नहीं / था ।
- (i) That the patient did not require/required hospitalization.

ए.एम.ए. के हस्ताक्षर चिकित्सा अधिकारी का
पदनाम तथा उस अस्पताल / औषधालय का
नाम जिसके साथ वह सम्बद्ध है
Signature of AMA / Designation of Medical
Officer and Hospital / Dispensary
to which attached.

तारीख

Date : _____

प्रमाणपत्र 'बी'
CERTIFICATE 'B'

(ऐसे रोगियों के सम्बन्ध में भरा जाए जो उपचार के लिए अस्पताल में दाखिल होते हैं)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)

राष्ट्रीय अध्यापक शिक्षा परिषद् में नियुक्त श्री / श्रीमती / सुश्री _____
_____ सुपुत्र / पत्नी / सुपुत्री श्री _____ को प्रदान किया गया
प्रमाण पत्र

Certificate granted to Mr. / Mrs. / Ms. _____
Wife/son/daughter of Mr./ Mrs. _____ employed in National Council for Teacher
Education.

भाग अ
Part A

1. मैं, डॉ. _____ एतद्द्वारा यह प्रमाणित करता
/ करती हूँ कि :
I, Dr. _____ hereby certify :-

(क) यह कि रोगी _____ (चिकित्सा अधिकारी का नाम)
की / मेरी सलाह पर अस्पताल में दाखिल किया गया था ।

(a) That the patient was admitted to hospital on the advice of _____
(name of the medical officer) / on my advice

(ख) यह कि रोगी का इलाज _____ में चल
रहा है और यह कि इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा सुझाई गई निम्न दवाइयां रोगी के
स्वास्थ्य-लाभ / की स्थिति में गंभीर गिरावट को रोकने के लिए अनिवार्य थी । ये दवाएं
निजी रोगियों को दिए जाने के लिए _____
(अस्पताल का नाम) में भण्डार में नहीं रखी जाती और इनमें ऐसी मालिकाना निर्मितियां
शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सकीय महत्व के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हों ये ऐसी
निर्मितियां नहीं हैं जो कि मूलतः भोजन, टायलेट अथवा विसंक्रामक पदार्थ हों

(b) That the patient has been under treatment at _____ 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 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;

दवाओं का नाम Name of Medicines	मूल्य Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

(ग) यह कि लगाए गए इन्जेक्शन प्रतिरक्षण अथवा रोग-निरोधी प्रयोजनों के लिए नहीं थे /
थे ।

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

- (घ) यह कि रोगी _____ रोग से पीड़ित है / था और _____
_____ तारीख से _____ तारीख तक
उसका इलाज चल रहा है / चल रहा था
- (d) That the patient is/was suffering from _____ and is/was under
treatment from _____ to _____;
- (ड) यह कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए _____ की
राशि खर्च की गई थी, जरूरी थे और वे _____
(अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में मेरी सलाह पर कराए गए थे ।
- (e) That the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of _____
was incurred were necessary and were undertaken on my advice at _____
_____ (name of the hospital or
laboratory);
- (च) यह कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. _____ के
साथ सम्पर्क किया और इस संबंध में नियमों के अधीन अपेक्षा के अनुसार (राज्य के मुख्य
प्रशासनिक, प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) की मंजूरी प्राप्त कर ली गई थी ।
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.

अस्पताल में मामले के
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर तथा पदनाम
Signature and Designation of the Medical Officer
in charge of the case at the hospital.

भाग ब
Part B

मैं यह प्रमाणित करता / करती हूँ कि रोगी का _____
अस्पताल में इलाज चल रहा है और विशेष नर्सों की सेवा, जिसके लिए संलग्न बिलों और रसीदों के तहत
_____ की राशि खर्च की गई थी रोगी के स्वास्थ्य-लाभ / की स्थिति
में गंभीर गिरावट को रोकने के लिए जरूरी थी ।

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 _____ was
incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the
condition of the patient.

अस्पताल में मामले के
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी
के हस्ताक्षर तथा पदनाम
Signature of the Medical Officer in-charge
of the case at the hospital

प्रतिहस्ताक्षरित
COUNTER-SIGNED

चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent

_____ अस्पताल
_____ Hospital

मैं यह प्रमाणित करता / करती हूँ कि रोगी का _____
अस्पताल में इलाज चल रहा है और उपलब्ध कराई गई सुविधाएं न्यूनतम थी और वे रोगी के इलाज के
लिए जरूरी थी ।

I certify that the patient has been under treatment at the _____
hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक
_____ अस्पताल
Medical Superintendent
_____ Hospital

स्थान _____
Place _____

**टिप्पणी : जो प्रमाणपत्र लागू न हो, उनसे रद्द कर दिया जाए । प्रमाण पत्र (घ) अनिवार्य है और यह प्रमाणपत्र
चिकित्सा अधिकारी द्वारा सभी मामलों में भरा जाए ।**

**Note : Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical
Officer in all cases.**