

મેડિકલ બિલ પત્રક

Ph./Mo. No.
B.H. :-
PPO.NO:-

પરિશિષ્ટ-૨
(નિયમ-૧૫(૧) હેઠળ)
(દરેક દર્દી દીઠ અલગ-અલગ ભરવું)

Name of Bank :
Bank A/C. No. :

૧.	સરકારી કર્મચારીનું પુરેપુરું નામ	:	
	હોદ્દો	:	
	પગાર	:	
૨.	કચેરીનું નામ તથા વિભાગનું નામ	:	
૩.	તત્કાલિક દુરજ ઉપર હોય તે રથળનું નામ	:	
૪.	નિવાસ રથળનું નામ	:	
૫.	માંદગીના સમયના રથળનું નામ	:	
૬.	દર્દીનું નામ ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ	:	
૭.	જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું / હોસ્પિટલનું નામ અને વિગત	:	
	(અ) સરકારી	:	
	(બ) સરકાર માન્ય / સરકારી સમકક્ષ	:	
	(ક) અન્ય	:	
૮.	બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય તેની વિગત	:	
૯.	તબીબી સારવાર પૂરી પાડનાર તબીબી કે તબીબી અધિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમૂનો	:	
૧૦	જેનેરીક દવાઓને પ્રાથમિકતા આપવામાં આવેલ છે.	:	

આથી હું પ્રમાણિત કરું કે, શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી _____ તે
_____ જાતે હોસ્પિટલ/દવાખાનું/મારા કન્સલ્ટીંગ રૂમ ખાતે તા. / /૨૦૨
થી તા. / /૨૦૨ સુધી _____ રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે અને
મેં લખી આપેલી દવા હાલત સુધારવા/ વધુ ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી. સામાન્ય રીતે રટોકમાં
રાખવામાં આવતી નથી/સામાન્ય રીતે રટોકમાં રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ હોસ્પિટલમાં રટોકમાં નથી અને
તેમાં જેના માટે એટલા જ ઔષધિય મહત્વ ધરાવતા સરતો પદાર્થ પ્રાપ્ય હોય એવી સ્વામીત્વવાળી બનાવટો તેમજ
પ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનિક પ્રસાધન કે જંતુનાશક હોય એવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી. રોગ અનિયમિત કે
અસંયમી ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ વધેલ/ કે ઉગ્ર બનેલ છે./ નથી.

