

**आवश्यकता प्रमाणपत्र**  
**ESSENTIALITY CERTIFICATE**  
**प्रमाणपत्र 'क' / Certificate 'A'**

मेड-103 / Med-103

.....में नियुक्त श्रीमती / श्री / कुमारी.....

पत्नी / पुत्र / पुत्री श्री .....को दिया गया प्रमाण-पत्र।  
Certificate granted to Smt. / Shri / Kumari.....  
wife / son / daughter of Shri.....  
employed in the.....

**प्रमाण-पत्र 'क'**  
**CERTIFICATE 'A'**

( उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें ईलाज के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं किया गया हो )  
( To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment )

मैं, डा०.....इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ :-

I, Dr.....hereby certify :-

क कि मैंने अपने के परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर ( तारीख दी जाए ).....की  
.....परामर्श के लिए.....रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

(a) that I charged and received Rs.....  
for consultations on.....at my consulting room / at the residence of the patient.

( Dates to be given )

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में / रोगी के निवास स्थान पर ( तारीख दी जाए ).....की  
अन्तः पेशी अधस्तवक इंजेक्शन देने के लिए.....रुपये प्रभारित किए और प्राप्त किए।

(b) that I charged and received Rs.....  
for administering.....intra-muscular sub-cutaneous injections on.....  
.....at my consulting room / at the residence of the patient.

( Dates to be given )

(ग) कि दिए गए इन्जेक्सन्स रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे / नहीं थे :

(c) that the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purposes.

(घ) कि रोगी का इलाज.....अस्पताल में मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस सम्बन्ध में मेरे  
द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत ठीक करने / गंभीर रूप से खराब होने से रोकने के लिए अनिवार्य  
थी। ये औषधें.....अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती और

( अस्पताल का नाम )

उसमें वे पेटेंट एकायत योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध हैं न ही वे योग जो  
मूलतः खाद्य श्रृंगार सामग्री अथवा निःसंक्रामक हैं।

(d) That the patient has been under treatment at.....hospital/  
my consulting room and that the undermentioned 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 the 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 ;

क्रम सं० Sl. No.	औषधियों का नाम Name of Medicines	कीमत Price		क्रम सं० Sl. No.	औषधियों का नाम Name of Medicines	कीमत Price	
		रु० Rs.	पै० P.			रु० Rs.	पै० P.
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

- (ड) कि रोगी .....से पीड़ित है/था और .....से  
.....तक मेरे इलाज में है / था :
- (e) that the patient is / was suffering from .....and is / was under my treatment  
from .....to .....
- (च) कि रोगी की जन्म-पूर्व अथवा जन्मांतर चिकित्सा नहीं की गई है / थी ।
- (f) that the patient is / was not given pre-natal or post-natal treatment.
- (छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए .....रुपये खर्च किए वे आवश्यक  
थे और वे मेरी सलाह से .....में किये गये थे ।  
( अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम )
- (g) that the X-Ray, Laboratory test etc. for which an expenditure of Rs .....  
was incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....  
( Name of Hospital or Laboratory )
- (ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डा. ....के पास भेजा था  
और .....का राज्य के प्रमुख प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी  
का नाम नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर दिया गया था ।
- (h) that I referred the patient to Dr ..... for specialist  
consultation and that the necessary approval of the ..... as  
( Name of the Chief Administrative Medical Officer )  
required under the rules was obtained.
- (झ) कि रोगी का अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था / आवश्यक था ।
- (i) that the patient did not require / required hospitalisation.

तारीख  
Date .....

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम तथा उस  
अस्पताल / चिकित्सालय का नाम जिसमें सम्बंध है  
Signature and Designation of the Medical Officer  
and the Hospital/Dispensary to which attached

विशेष ध्यान दें—जो प्रमाण-पत्र लागू न हो, वे काट दिए जाने चाहिए। प्रमाण पत्र 'क' अनिवार्य है, और वह सभी मामलों में चिकित्सा  
अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए।

N.B —Certificate not applicable should be struck off. Certificate 'A' is compulsory and must be filled in by  
the Medical Officer in all cases.

FORMS CENTRE, Calcutta-54 / Phone : 37-9326