**भाकृअनुप-राष्ट्रीय पशु आनुवंशिक संसाधन ब्यूरो करनाल**

**प्रमाण –ग**

(रोगी को हस्पताल में दाखिल करके उपचार करने की दशा में भरा जाना है)

यह प्रमाण पत्र रोगी श्री/श्रीमती/डॉ. ....................................................... को प्रदान किया जाता है, जिनका राष्ट्रीय पशु आनुवंशिक संसाधन ब्यूरो, करनाल में कार्यरत श्री/श्रीमती/डॉ. ........................................... से .........................का सम्बन्ध है.

**भाग-क**

मै डॉ. ..................................... हस्पताल ...................................... एतद द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि:

1. मैंने अपने क्लिनिक पर रोगी से बतौर परामर्श शुल्क रु. ........................ प्राप्त किये हैं.
2. मैंने रोगी के निवास पर बतौर परामर्श शुल्क रु. ................................ प्राप्त किये.
3. मैंने अपने क्लिनिक पर रोगी से बतौर इंट्रा मस्कुलर इंजेक्शन लगाने हेतु

रु ......................................... प्राप्त किये.

1. कि सुइयां प्रतिरक्षक अथवा रोगनिरोधी उद्देश्य से नहीं लगाई गई थी.
2. कि रोगी का ईलाज परामर्श कक्ष/.............................................. हस्पताल में हुआ है तथा निम्नलिखित दवाइयां रोगी के उपचार हेतु लिखी गई है:

**दवाइयों की सूचि**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| क्रमांक | दवा का नाम | मात्रा | मूल्य (रु.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

vi. कि रोगी ............................................. नामक बीमारी से पीड़ित है तथा वह इलाज में दिनांक ........................... से .............................. तक रहा है.

vii. कि रोगी का प्री-नेटल या परा-नेटल उपचार नहीं किया गया है.

viii. कि एक्स-रे, प्रयोगशाला टेस्ट आदि के लिए रु. ............... का व्यय आवश्यक एवं मेरी सलाह के मुताबिक ................................................... अस्पताल/प्रयोगशाला करनाल में कराया गया.

ix. कि मैंने रोगी को डॉ. .................... के पास विशेष परामर्श के लिए भेजा था ताकि नियमानुसार आवश्यक अनुमोदन किया जा सके.

x. कि अब रोगी के अस्पताल में ठहरने की आवश्यकता नहीं है.

दिनांक: चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

पदनाम..............................................

मोहर .............................................

विशेष: जो प्रमाण पत्र लागु न हो उसे काट दें.

प्रमाण पत्र (घ) अनिवार्य है इसे संबंधित चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाये.