



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

चिकित्सा प्रमाणपत्र सं.-एमएस/एम्स/आरआईएस/2023-
Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/ 2023 -

दिनांक:- / /____
Date: - / /____

चिकित्सा प्रमाणपत्र
Medical Certificate

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री.....
उम्र (वर्षों में)..... पुरुष/ महिला, पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी
....., जिनका यूएचआईडी सं. है,
जिनके हस्ताक्षर नीचे सत्यापित हैं, उन्हें से पीड़ित पाया गया है और वे डॉ.
..... के उपचाराधीन हैं। उन्हें से तक आराम करने की सलाह दी
गई है। रोगी/परिचारक के अनुरोध पर यह प्रमाणपत्र उद्देश्य के लिए जारी किया गया
है।

This is to certify that Mr./Mrs./Ms..... Age
yrs male/female, S/o,D/o,W/o.....
R/o having UHID No. whose
signature is attested below is diagnosed for.....and
is under the treatment of Dr., He/ She has been advised rest w.e.f
.....to As per patient's/attendant request, this certificate is issued for the
purposes of.....

रोगी के हस्ताक्षर /Signature of patient

द्वारा प्रमाणित / Attested by

परामर्शदाता के मोहर सहित हस्ताक्षर

Consultant's Signature with stamp

नाम / Name -

पदनाम / Designation -

विभाग / Department-

यह प्रमाणपत्र केवल उपर्युक्त बताए गए उद्देश्य के लिए जारी और प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।
This certificate is issued & counter signed only for the purpose as stated above.

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

चिकित्सा अधीक्षक/उप चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

चिकित्सा न्यायिक उद्देश्यों के लिए नहीं
Not for Medico legal Purposes



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

चिकित्सा प्रमाणपत्र सं.-एमएस/एम्स/आरआईएस/2023-
Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/ 2023 -

दिनांक:- / /____
Date: - / /____

उपचार प्रमाणपत्र
Treatment Certificate

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री..... उम्र,..... पुरुष/ महिला,
पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी जिनका
यूएचआईडी सं. है, जिनके हस्ताक्षर नीचे सत्यापित हैं, उन्हें से
पीड़ित पाया गया है और वे डॉ. के विभाग में उपचाराधीन हैं।
रोगी/परिचारक के अनुरोध पर यह प्रमाणपत्र उद्देश्य के लिए जारी किया गया है।

This is to certify that Mr./Mrs./Ms..... Age
male/female, S/o,D/o,W/o.....
R/o having UHID No. whose
signature is attested below is diagnosed for.....and
under the treatment of Dr. of department.
As per patient's/attendant request, this certificate is issued for the purposes
of.....

रोगी के हस्ताक्षर /Signature of patient

परामर्शदाता के मोहर सहित हस्ताक्षर
Consultant's Signature with stamp

द्वारा प्रमाणित / Attested by

नाम / Name –

पदनाम / Designation –

यह प्रमाणपत्र केवल उपर्युक्त बताए गए उद्देश्य के लिए जारी और प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।
This certificate is issued & counter signed only for the purpose as stated above.

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

चिकित्सा अधीक्षक/उप चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

चिकित्सा न्यायिक उद्देश्यों के लिए नहीं
Not for Medico legal Purposes



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

चिकित्सा प्रमाणपत्र सं.-एमएस/एम्स/आरआईएस/2023-
Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/ 2023 -

दिनांक:- / /____
Date: - / /____

चिकित्सा प्रमाणपत्र / फिटनेस प्रमाणपत्र
Medical Certificate / Fitness Certificate

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री..... उम्र, पुरुष/महिला,
पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी, जिनका
यूएचआईडी सं. है, जिन्हें से पीड़ित पाया गया है और वे डॉ.
..... के उपचाराधीन हैं। उन्हें से तक आराम करने की सलाह दी
गई है। वे से ड्यूटी फिर से शुरू करने के लिए फिट होंगे। रोगी/परिचारक के अनुरोध पर यह
प्रमाणपत्र उद्देश्य के लिए जारी किया गया है।

This is to certify that Mr./Mrs./Ms..... Age
male/female, S/o,D/o,W/o.....
R/o having UHID No. is
diagnosed withand under the treatment
of Dr., He/ She has been advised rest w.e.fto
..... is/will be fit to resume duty on..... As per
patient's/attendant request, this certificate is issued for the purposes
of.....

रोगी के हस्ताक्षर /Signature of patient

द्वारा प्रमाणित / Attested by

परामर्शदाता के मोहर सहित हस्ताक्षर
Consultant's Signature with stamp
नाम / Name –
पदनाम / Designation –
विभाग / Department-

यह प्रमाणपत्र केवल उपर्युक्त बताए गए उद्देश्य के लिए जारी और प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।
This certificate is issued & counter signed only for the purpose as stated above.

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

चिकित्सा अधीक्षक/उप चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

चिकित्सा न्यायिक उद्देश्यों के लिए नहीं
Not for Medico legal Purposes



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

चिकित्सा प्रमाणपत्र सं.-एमएस/एम्स/आरआईएस/2023-
Medical Certificate number-MS/AIIMS/RIS/ 2023 -

दिनांक:- / /____
Date: - / /____

जिससे भी यह प्रमाण पत्र संबंधित हो
To Whom So Ever It May Concern

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/सुश्री..... उम्र, पुरुष/महिला,
पुत्र/पुत्री/पत्नी निवासी
जिनका यूएचआईडी सं. है, उन्हें..... से पीड़ित पाया गया है, उन्हें
..... की आवश्यकता है।

This is to certify that Mr./Mrs./Ms..... Age
yrs male/female, S/o,D/o,W/o.....
R/o having UHID No.
whose signature is attested below is diagnosed
with.....and is requires

अनुमानित व्यय इस प्रकार है / The estimated expenditure is as follows-

शल्य चिकित्सा/अस्पताल में भर्ती / Surgery/Hospitalization ₹
दवाइयां और उपभोग्य सामग्रियां / Medicines & Consumables ₹
जांचें / Investigations ₹
इम्प्लांट/अन्य (निर्दिष्ट करें) ₹
Implant/Others (specify).....
कुल / Total ₹
कुल (शब्दों में) / Total (In Words)

रोगी के हस्ताक्षर /Signature of patient
द्वारा प्रमाणित / Attested by

परामर्शदाता के मोहर और हस्ताक्षर
Signature & Stamp of Consultant

राशि निम्नलिखित बैंक खाता विवरण में स्थानांतरित की जानी चाहिए

Amount to be transferred in bank account details mentioned below:

बैंक का नाम और शाखा Bank Name & Branch	पंजाब नेशनल बैंक, पशुलोक शाखा Punjab National Bank, Pashulok Branch
खाता नाम Account Name	एम्स रोगी कल्याण AIIMS Patient Welfare
खाता संख्या / Account No.	6189000100043543
आईएफएससी कोड / IFSC Code	PUNB0618900

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned

चिकित्सा अधीक्षक/उप चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent/Deputy Medical Superintendent

चिकित्सा न्यायिक उद्देश्यों के लिए नहीं
Not for Medico legal Purposes

घोषणा पत्र / UNDERTAKING

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे पिता/माता/भाई / बहन अथवा.....
जिनका नाम, यूएचआईडी सं०.....
आयु/लिंग आपके विभाग में वार्ड / ओपीडी में उपचाराधीन है।

I hereby undertake that my father/mother/brother/sister/son/daughter or
.....namely (Patient Name)
UHID No..... Age/Sex..... is under treatment in your
ward/OPD in your department.

- हमारी आय का कोई स्रोत नहीं है एवं हमारे पास वर्तमान में बीपीएल कार्ड नहीं है।
We have no source of income and presently we do not have BPL Card.
- मेरे परिवार का कोई भी सदस्य (रक्त संबंधी) सरकारी सेवा में/ईसीआई सुविधा प्राप्त / किसी अन्य स्रोत से चिकित्सा प्रतिपूर्ति का पात्र नहीं है।
None of my family member (in Blood Relation) is in Government Service/ESI covered/ not entitled for medical reimbursement from any other source.
- हम एम्स, ऋषिकेश में सत्यापन के लिए चिकित्सा बिल / इन्वॉयस नहीं देंगे।
We will not submit any medical bills/invoice for verification from AIIMS Rishikesh.
- हम आपके अस्पताल में उपचार का खर्चा नहीं उठा सकते और हमारी सालाना आय 2 लाख रूपये से कम है।
We are unable to bear the treatment expenses in your hospital and our annual income is less then Rs. 2 Lac.
- कृपया हमें गरीबों को दी जाने वाली निःशुल्क इलाज / भोजन की सुविधा प्रदान की जाए।
Please provide us with free treatment/food facilities given to the poor.
- उपरोक्त सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है।
The above information is best of my knowledge.

रोगी/रिश्तेदार के हस्ताक्षर / Signature of Patient /

Relative

पूरा नाम / Full Name

रोगी के साथ संबंध / Relation with Patient

तिथि/ Date

पूरा पता/ Full Address

मोबाइल नं./ Mobile No.

इलाज करने वाले डॉक्टर/एचओडी द्वारा मोहर सहित प्रतिहस्ताक्षरित
Countersigned & Stamped by Treating Doctor / HoD