

## आपातकालीन उपचार के लिए आवश्यक प्रमाण पत्र

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मरीज़ श्री/श्रीमती/डॉ..... पत्नी/पुत्र/पुत्री  
की श्री/श्रीमती/डॉ..... में आपातकालीन उपचार दिया गया  
है..... (अस्पताल का नाम) के लिए  
..... (रोग) और यह कि उसे प्रदान की गई दवाएं/उपचार/सुविधाएं रोगी  
की स्थिति में गंभीर गिरावट की तत्काल रोकथाम के लिए आवश्यक थीं। इस आपातकालीन  
उपचार के लिए उनसे नकद मेमो नंबर के माध्यम से .....रुपये का शुल्क  
लिया गया है दिनांक ..... और उसने व्यय उपचार किया और उसके द्वारा बाजार  
से नकद मेमो सं..... और उसके द्वारा बाजार से खरीदी गई दवाओं पर नकद  
मेमो नंबर.....दिनांक ..... ।

व्यवसायी के हस्ताक्षर/  
चिकित्सालय प्रभारी चिकित्सा अधिकारी/  
नर्सिंग होम / क्लिनिक चिकित्सा अधीक्षक

**ESSENTIALITY CERTIFICATE FOR  
EMERGENCY TREATMENT**

I certify that the patient Sh/Smt/Dr. \_\_\_\_\_  
wife/son/daughter of Sh/Smt/Dr. \_\_\_\_\_ has been  
given emergency treatment at the

\_\_\_\_\_ the  
(name of hospital) for \_\_\_\_\_ (disease) and that the  
medicines/ treatment/ facilities provided to him were essential for immediate  
recovery prevention of serious deterioration in the condition of the patient. For  
this emergency treatment a fee of Rs. \_\_\_\_\_ has been charged from him vide  
Cash Memo No. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ and he/she incurred an  
expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ on essential medicines immediately required for  
emergency treatment and purchased by him from the market vide Cash Memo  
No. \_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_ .

**Signature of the Practitioner/  
Medical Officer In-charge of  
the Hospital/ Nursing Home/  
Clinic Medical Superintendent**