



CANCER CARE TRUST

Web.add : www.cancercaretrust.org

E.id : contact@cancercaretrust.org

Contact No. : 011-65881004

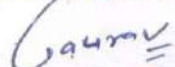
PATIENT APPLICATION FORM

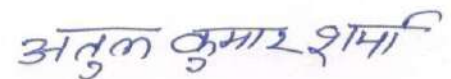


PATIENT'S DETAILS

NAME:	KRITIKA
FATHER NAME:	ATUL KUMAR SHARMA
DATE OF BIRTH / AGE:	1 YEAR
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	VILL. GHANSHYAMPUR, POST-BILSANDA, BISALPUR, UP-262202
DISEASE:	HOLE IN HEART
TREATMENT:	RS. 60,000/-
HOSPITAL	AIIMS
DOCTOR	DR. S. RAMAKRISHNAN
DEPARTMENT	CARDIOLOGY

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory



Parent's Sign

Please share your feedback
to improve our hospital
on the Website link
meraaspataal.nha.gov.in

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली - 110029

Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक

Date

10436

विभाग

Deptt.

ब०रो०वि०सं०

O.P.D. No.

7657/19

CV 2019/014/0007657

र०

Cardiology

UHID: 104362746

CTVS (107750/2020)

Date 20/01/2020

MON,WED,FRI

Name KRITIKA

1Y 1M 26D

F

D/O ATUL KUMAR SHARMA

Phone No. 8923752449

JSSK

Consultant Room 5

Dr. MILIND

PADMAKAR HOTE

SR Room

**

निदान

Diagnosis

R-21 (26)
18/12/19

Ecdia
✓

R-21 (35)
20/12/19

New case
Room No. 6
20/1/20

Cancer Care Trust

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
 ब० रो० वि०
 अ० मा० आ० सं०, नई दिल्ली - 110029
 Cardiothoracic & Neurosciences Centre, O.P.D.
 A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक
Date

104362746

विभाग
Deptt.

CARDIO

नाम
Name

Kritika

उम
Age

3m

ब०रो०वि०सं०
O.P.D. No.

7657/19

पुत्र/पुत्री/पत्नी
S/D/W

निदान
Diagnosis

लिंग
Sex

F

R-21 (17)
8/5/19

Co Tof

No spells

AR → CST

→ R/A 2 months c SpO_2

~~any
for~~

SpO_2 85%

3/7/19

Dietary advice

Cyplan 10mg 1/2 tabs

Viteofl Syrup 1 kg OD to

Review 3mo.

h

R-21 (12)
3/7/19
wt → 5.32 kg

758271
पाडिय

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र

ब० रो० वि०

अ० मा० आ० सं०, नई दिल्ली

Cardiothoracic & Neurosciences

A.I.I.M.S., New Delhi-110029

HBC-140319102 104362746

CHC-260919164 104362746



KRITIKA_KRITIKA

दिनांक
Date

CV 2019/014/0007657
UHID: 104362746

Cardiology
Paed. Cardiology

विभाग
Deptt.

Date 13/03/2019 WED, FRI

Name KRITIKA

3M 19D / F

D/O ATUL KUMAR SHARMA

Phone No. 8923752449

General

ब०रो०वि०सं०
O.P.D. No.

Consultant Room 21

Dr. ANITA SAXENA

SR Room 21

DR. JOGINDER



Diagnosis

13/3/19
NCCO

(15)

CCHD ↓ QP ? TOF

1) Tonopneon drops 0.5ml
Tota daily

Dr. Anshouk
SR (Paed cardio)

15/3/19

h/o minor spots

Ciplan 10mg 1/2 tab

Blood Transfusion → (CTB)

Vitcobl Syrup 1/2 tab

CTA later if
not improved.

HBC-140319110 104362746

CHC-140319125 104362746

KRITIKA_KRITIKA

हृदय वक्ष एवं नसिका विज्ञान केन्द्र

Cardiology
Paed. Cardiology

110029

Centre, O.P.D.

CV 2019/014/0007657

MON, WED, FRI

3M 19D / F /

दिनांक, UHID: 104362746

Date 13/03/2019

Dr. ANITA SAKENA
DR. JOGINDER

विभाग Deptt. Name KRITIKA
Consultant Room 21
SR Room 21

उम्र Age

ब०रो०वि०
O.P.D. No.

पुत्र/पुत्री/पत्नी
S/D/W

लिंग Sex

निदान
Diagnosis

11/3/20

care accepted for coil → EEC ↓ prof. milind

kindly deposit 60,000 ₹ in AIMS or patient's account

4 units of blood in cbc blood bank
viral markers

PDOA:

22/4/20 → tm 1st wife month

kindly get estimate from cardiac radiology for coiling

10A

coiling estimate

Rs 8500/-

AIMS ANGIOGRAPHY PATIENT ACCOUNT

Dr. Jindal



शरीरमाद्यं खदुषमसामनम्

CARDIO-THORACIC CENTRE
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
ANSARI NAGAR, NEW DELHI - 110029

Date: 30/01/2020

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Kritika
Age/उम्र 3 month Sex/लिंग Female CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या 7657/19
UHID No./यूएचआईडी संख्या. 104362746
Nature of Disease / रोग का नाम _____

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता coil - ICR

Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिए आवश्यक रक्त की यूनिट 40 blood

Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क Rs. 60,000/-

अनुमानित व्यय सीजीएचएस / ईएसआई / सरकार स्वायत्त संस्था और उनके लाभार्थियों तथा कर्मचारियों के लिए भी मान्य होगा। यह राष्ट्रीय आरोग्य निधि, प्रधान मंत्री राहत कोष और अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता मांगने के लिए भी लागू होगा।

For any query related to package charges/money deposition, please contact Accounts Section Room No. 105 (Basement, C.N. Centre)

पैकेज शुल्क / रुपये जमा करने से संबंधित किसी भी पूछताछ के लिए, कृपया लेखा अनुभाग कमरा न. 105 (बेसमेंट, सी.एन. सेंटर) में संपर्क करें।

डॉ. मिलिंद पद्माकर होंते
Dr. MILIND PADMAKAR HOTE

(Signature & rubber Stamp of Consultant)

सी.टी.वी.एस. विभाग/Department of C.T.V.S.
अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली/A.I.I.M.S., New Delhi-29

DEPTT. OF CARDIOVASCULAR RADIOLOGY & ENDOVASCULAR INTERVENTIONS
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI

Date: 06-02-2022

ESTIMATE CERTIFICATE

Name of the Patient KRITIKA
Age 3 months Sex F CV No. /CTVS NO. UNID :- 104362746
Nature of Disease CHD
Nature of investigation required APC Embolization
Amount required Rs. 8500/-

The above mentioned amount must be deposited as draft in name of "AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT ACCOUNT" before the procedure in room 28B


Senior Resident

डॉ. संजीव कुमार/Dr. SANJEEV KUMAR
सह-आचार्य/Associate Professor
हृदयवाहिका विकिरण तथा अंतर्वाहिका मध्यक्षेत्र व्यवधान विभाग
Deptt. of Cardiovascular Radiology and
Endovascular Interventions
अ.प.आर.स., नई दिल्ली-110029/A.I.I.M.S., New Delhi-110029