



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	MD SHAKIB
FATHER NAME:	MD SHAHABUDDIN
DATE OF BIRTH / AGE:	10 Years
SEX:	MALE
ADDRESS:	PUL PEHLAD, SOUTH DELHI, DELHI-110044
DISEASE:	ASD (Hole In The Heart)
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT COST	AIIMS CARDIOLOGY Rs. 1 LAKH

For CANCER CARE TRUST

Authorized Signatory

Parent's Sign

9211519402

HSC-070318091 2013012597

हृदय



MDSHAKIB

न्द्र

603516

71034

Room 21

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली - 110029

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

दिनांक
Date

20/20/2021



विभाग
Deptt.

CV 2013/014/0005911

Cardiology

UHID: 20130125970

Paed. Cardiology

Date 08/11/2021 MON

Name MD SHAKIB

10Y 8M 7D
/M

ब०रो०वि०सं०
O.P.D. No.

S/O MD.SHAHABUDDIN

General

Consultant Room 21

Dr. S
RAMAKRISHNAN

5911

1152219
30/10

13 Plu clo 05 ASD

Came after 4 yrs

→ Angiogram etc

Ad ECG, CXRay etc

Syp vit eopel 5M 00

Side by
st3/10

Urinary prerenal
Blood reports

Sumed

R. 21 (22)
5/3/18

R. 21 (41)
12/2/18

दिनांक
Date

12/3/18

CeR = wall
Ech = Normal size
RV volume increased
(cm³) +

CD/w Dr. R Jyng

Solus

To follow up after

Hb = 11.7
TLC = 9.04×10^9 (M57 L25)
PLT = 307×10^3

2 year

Such
Slemb

DS-ASD

RVVO (+)

Adv

Ech of v → plan

CxL, Ech

ASD

R-21 (24)

22/8/22

R-21

28/9/22

12 yr

DS-ASD / RVVO

OK for ASD

ASD/c

NR

Hb 9.2

Doc on on 27/2/23

4m 24A
Hcm (my) mane eyanal

- Syg

vicloful (37) 1/2 Hf 50

- T

वरिष्ठ रजिडेंट / Senior Resident
रुग् विज्ञान विभाग / Deptt. of Cardiology
शुभ संक्रिका केन्द्र, अ.भा.आ.सं., नई दिल्ली
C.N. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi



एशियाई चिकित्सा संस्थान

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

Date: 17.10.22

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms./ रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Mr. Shakib

Age/उम्र 10yr Sex/लिंग Male CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या _____

UHID No./यूएचआईडी संख्या. 20130125970

Nature of Disease / रोग का नाम ASD D/C

Nature of Surgery/Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता ASD D/C

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

Package charges for Surgery/Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिए पैकेज शुल्क Rs-100000/one lacs

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. रामकृष्णन / Dr. RAMAKRISHNAN
ज्येष्ठ/ Professor

हृदय विज्ञान विभाग/ Deptt. of Cardiology
हृदय तंत्रिका केन्द्र, आ.पा.ख.सं., नई दिल्ली
C.N. Centre A.I.M.S., New Delhi

[Handwritten Signature]

(Signature & rubber Stamp of Consultant)

A/c Payee



0203-New Delhi - Mayur Vihar

775701

Valid for three months from date of issue

दिनांक	0	8	1	2	2	0	2	2
Date	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT

On demand pay

को या उनके आदेश पर Or Order

One Lakh only

रुपये Rupees

₹	1,00,000.00
---	-------------

अदा करें।

*** Not Over INR. 1,00,000.00 ***

Payable At

For Value Received for Kotak Mahindra Bank Ltd.

New-Delhi
(0203)

Purchaser:
CANCER CARE TRUST

[Signature]
151580

Please sign above this

[Signature]
Mohammad Najib
Emp. ID: A-68497

(Drawee Branch)

⑈ 773701 ⑈ 000485000⑈

16

UTILITY FORMS PVT. LTD. / CTS - 2010