



CANCER CARE TRUST

Web.add : www.cancercaretrust.org

E.id : contact@cancercaretrust.org

Contact No. : 011-65881004

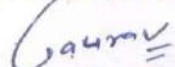
PATIENT APPLICATION FORM

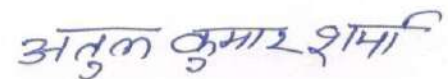


PATIENT'S DETAILS

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

२०

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

Detary aduse

Cyplan 10mg 1/2 - 1/2

Viteofl Symp 1 by 00 to

Review 3mo.

h

R-21 (12)
3/7/19
wt → 5.32kg

758271
पाठ्य

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 (Ped cardio)

15/3/19

H/O minor spots

Ciplan 10mg 1/2 tab

Blood Transfusion → (CTB)

Vitcobl Syrup 1/2 tab OP

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

UHD: 104362746

Date 13/03/2019

MON, WED, FRI

3M 19D / F /

दिनांक

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 march

kindly get estimate from cardiac radiology for coiling

10A

coiling estimate

Rs 8500/-

AIMS ANGIOGRAPHY PATIENT ACCOUNT

Dr. Jindran
Dr. Jindran



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/-

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft/Electronic transfer drawn in favour of "AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT" / "AIIMS ANGIOGRAPHY PATINET'S ACCOUNT".

(A/c No.10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)
(for CTVS Surgical Patients)

(A/c No.10874584269, IFSC Code : SBIN0001536)
(for Cardiology Patients)

The said estimate will be valid for employees of CGHS/ESI/Govt. undertakings and their beneficiaries. This will also be applicable for seeking financial assistance from National Illness Fund, Prime Minister Relief Fund & from other sources.

उपर्युक्त राशि को नीचे दिए गए संबंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

(A/c No.10874584258, IFSC Code : SBIN0001536)
(सी.टी.वी.एस. सर्जरी मरीजों के लिए)

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(A/c No.10874584269, IFSC Code : SBIN0001536)
(कार्डियोलॉजी मरीजों के लिए)

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 होते
Dr. MILIND PADMAKAR HOTE

(Signature & rubber Stamp of Consultant)

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

A/c Payee



Kotak Mahindra Bank 0203-New Delhi - Mayur Vihar

58416

दिनांक
Date

Valid for three months from date of issue

1	8	0	3	2	0	2	0
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

On demand pay **AIIMS CT PATIENTS ACCOUNT**

को या उनके आदेश पर Or Order

रुपये Rupees **Sixty Thousand only**

अदा करें।

₹	60,000.00
---	-----------

Payable At ***** Not Over INR. 60,000.00 *****

For Value Received
for Kotak Mahindra Bank Ltd.

New-Delhi
(0203)

Purchaser:
CANCER CARE TRUST

(Drawee Branch)

Please sign above this line

⑈058416⑈ 000485000⑈

16

Cancel Cancer Trust