



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	ABHINANDAN
FATHER NAME:	PINKU RAM
DATE OF BIRTH / AGE:	4 YEARS
SEX:	MALE
ADDRESS:	Anchal-Bokhra, Thana-Nanpur, Distt- Sitamarhi, Bihar-843318
DISEASE:	Tetralogy of Fallot (TOF)/ Hole in the Heart
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS CARDIOLOGY ICR RS. 70,000/-

For CANCER CARE TRUST

Authorized Signatory

Authorized Sign

Parent's Sign

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान केन्द्र
ब० रो० वि०

अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली-110029
Cardiothoracic & Neurosciences Centre
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

LH23072500371 108431341

LC2307250667 108431341

PTC-230725057 108431341



ABHINANDANABHINANDAN

दिनांक/Date

विभाग
Deptt.

यू०एच०आई०डी०सं०
UHID No.

CV 2025/014/0019210

₹0

Cardiology

UHID: 108431341

CTVS

(130768/2025)

Date 21/07/2025

Name ABHINANDAN

4Y 19D /M

S/O PINKU RAM

General

Consultant Room 5

Dr. Bharath V.

SR Room

Prv. Reg. No.



Diagnosis

R-5
21/7/25

CLUB R. Bharath V. A. C. V.

Case accepted & R. Bharath V. G. S. D. I. C. R.

Estimated R. 79,000/- A. C. V. & P. A. C. V. A. C. V.

To collect estimate in college for R. C. V. & P. A. C. V. A. C. V. R. C. V. & P. A. C. V. A. C. V.

Global donor

Global donor
Global donor

Global donor

Global donor

Global donor

1569587
पति

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका विज्ञान
ब० ने

अ० भा० आ० सं०
Cardiothoracic & Neur
A.I.I.M.S., New

LC0207252537 108431341

ABHINANDANABHINANDAN
110029

LC02072501837 108431341
ABHINANDANABHINANDAN

दिनांक/Date

विभाग
Deptt.

यू०एच०आई०डी०सं०
UHID No.

CV 2025/0019210

UHID: 108431341

Date 02/07/2025

MON

Name ABHINANDAN

S/O PINKU RAM

Consultant Room 21

SR Room 14

र०

Cardiology
Paed. Cardiology

4Y /M

General

Dr. S
RAMAKRISHNAN
DR VEENA

Prv. Reg. No.



22

A - CCHD / 1 Op / TOP

Adw

T. Cephal long SID

• Syf Vitofol 5ml OD

• R/w 2 reports

• Dental hygiene

• Hydration.

Q



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

Date : 25/07/25

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms. / रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Abhinandan
 Age / उम्र 44 years / लिंग male CV No./CTVS No. / सीवी संख्या / सीटीवीएस संख्या _____
 UHID No. / युएचआईडी संख्या 108431341
 Nature of Disease / रोग का नाम ICR
 Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी / प्रक्रिया की आवश्यकता ICR
 Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिये आवश्यक रक्त की यूनिट 4 to 10
 Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी / प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क RS- 70,000/- Seventy Thousand
 The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in only

avour of **"AIIMS CT PATIENT A/C"** ☒ **"AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT"**
 (for CTVS Patients) (for Cardiology Patients)

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

युक्त राशि को नीचे दिये गए सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट" ☒ **"एम्स एंजिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"**
 (सी.टी.वी.एस मरीजों के लिए) (कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

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

For any query related to package charges / money deposition, please contact Account Section 5 (Basement, C.N. Centre)

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

वरिष्ठ रेजिडेंट / Senior Resident
 सी.टी.वी.एस. विभाग / Dept. of C.T.V.S.
 हृदय तंत्रिका केन्द्र, अणु आरोग्य, नई दिल्ली
 (Signature & Rubber Stamp of Co)