



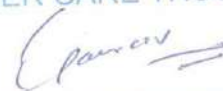
PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	VAMIKA PATEL
FATHER NAME:	PRINCE PATEL
DATE OF BIRTH / AGE:	1 YEAR
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	Gram-Tikura, Post-Raghunath Ganj, Madhya Pradesh-486338
DISEASE:	Sinus Venosus Atrial Septal Defect (SV-ASD) / Hole in the Atrial Septum
HOSPITAL DEPARTMENT SURGERY TREATMENT COST	AIIMS CARDIOLOGY SV-ASD Closure RS. 50,000/-

For CANCER CARE TRUST


Authorized Signatory
Authorized Sign


Parent's Sign

LH14062500740 108318437
LC1406251157 108318437
Miss. VAMIKA_PATEL...

CV 2025/014/0013602

UHID: 108318437

Date 11/06/2025

MON, WED, FRI

Name VAMIKA PATEL

Cardiology
CTVS (130126/2025)

1Y 28D /F

D/O PRINCE PATEL

Consultant 20

SR Room

Address: GRAM TIKURA POST RAGHUNATH GANJ, MADHYA
PRADESH INDIA



11/6/25

Accepted for SV-ASD closure ↓ Dr. A.K. BISOI
Dr. Anitabh-S

- To deposit ₹ 50,000/- in C patient account
- To donate 40 blood in CMC blood bank
- To do blood count
- R/w one ready

Dr. A.K. Bisoi

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका वि
 ब० रो० वि०
 अ० भा० आ० सं०, नई दिल्ली
 Cardiothoracic & Neurosciences
 A.I.I.M.S., New Delhi-1100



दिनांक/Date

विभाग
 Deptt.

यू०एच०आई०डी०सं०
 UHID No.

CV: 2025/014/0013602 20 Cardiology
 UHID: 108318437 Med. Cardiology
 Date: 14/05/2025 WED
 Name: VAMIKA PATEL 1Y/F
 D/O: PRINCE PATEL
 General
 Consultant Room: 21 Dr. Lank Kadiyani
 SR Room: 14 DR. VEENA
 Prv. Reg. No.

Diagnosis

SV - ASD / PAPVC / RPRV VO

No Hb recurrent UTI / pos wgt gain

1. Ado
 2 egg ~~swapped~~ (wong/lost) original to op
 2 egg vitamins 1ml po OD
 3. Review with experts

दिनांक
Date

Sun vanam ASD (CNC)
RMS P / @ BV fault

No yipie ayunah.

cu: S.S. P / cu P.

ay: cu P / 10p.

bu: nu / RRRR @

bu nu → cos

cos: → Sun vanam ASD / RSPV → SVC.
RRRV - SVC - ns jukhi.

Repu to cos (57) fm. SV ASD clomun

11.6.25

R

R. 21 (39)
28/5/25

3/6/2025

- CT Scan done
ketamine was given (post CT Scan - H. Dronny — shift to CF6 for observation)



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

Date: 30/01/25

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

Name of Patient Mr./Ms. / रोगी का नाम श्रीमान/श्रीमती Vomika Patel
Age / उम्र 1 year Sex / लिंग F CV No./CTVS No. / सीटी संख्या/सीटीवीएस संख्या _____
UHID No. / युएचआईडी संख्या LD 8318 437

Nature of Disease / रोग का नाम SV ASD CL

Nature of Surgery / Procedure required / सर्जरी/प्रक्रिया की आवश्यकता _____

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

Package charges for Surgery / Procedure / सर्जरी/प्रक्रिया के लिये पैकेज शुल्क Rs- 50,000 / Fifty Thousand

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft / Electronic transfer drawn in only

favour of **"AIIMS CT PATIENT'S A/C"**
(for CTVS Patients)

"AIIMS ANGIOGRAPHY PATIENT'S ACCOUNT"
(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.

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

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"
(सी.टी.वी.एस सर्जरी के लिए)

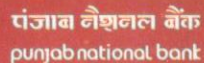
"एम्स एंजिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"
(कार्डियोलॉजिस्ट मरीजों के लिए)

अनुमानित व्यय सीजीएस/ईएसआई/सरकार स्वायत्त संख्या 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 Account 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।

वरिष्ठ रेजिडेंट / Senior Resident
सी.टी.वी.एस. विभाग / Deptt. of C.T.V.S.
हृदय तंत्रिका केन्द्र, अ. आ. आ. सं., नई दिल्ली
C.N. Centre, A.I. (Signature & Rubber Stamp of Consultant)



Sector - 1, NOIDA (U.P.) - 201301

VALID FOR THREE MONTHS ONLY

D D M M Y Y Y Y

AIMS CT PATIENT'S ACCOUNT

मांगे जाने पर ON DEMAND PAY

या उनके आदेश पर OR ORDER

**** Fifty Thousand only****

रुपये RUPEES

CENTRALISED BANKING SOLUTION

प्राप्त मूल्य के बदले अदा करें
FOR VALUE RECEIVED

天

***50,000.00**

URJ 783857

शाखा क्रमांक Branch Serial No.
0123/2025

Purchaser: CANCER CARE TRUST

(NOT OVER RS. 5000/-)

ਪੰਜਾਬ ਨੈਸ਼ਨਲ ਬੈਂਕ
punjab national bank

अदाकर्ता शाखा एवं वि०स० Drawee Branch with D.No.

D. No. 2107

FINACLE

CDPC DELHI PINACLE

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.बी.पी.ए.सं.
AUTHORISED SIGNATORY WITH GEPIA NO.

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता जी.बी.पी.ए.सं.
AUTHORISED SIGNATORY WITH GBPA No.

|| 78 38 5 7 || 0000 24000 :

16