



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	SIDRA ASIF KHAN
FATHER NAME:	ASIF KHAN
DATE OF BIRTH / AGE:	3 Years
SEX:	FEMALE
ADDRESS:	B K Kaul Nagar, Ajmer, Rajasthan-305001
DISEASE:	Tetralogy of Fallot (TOF) with Left Pulmonary Artery Atresia / Heart Disease
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT EST. TREATMENT COST	AIIMS, Delhi Cardiology ICR (Redo) Rs. 60,000/-

For CANCER CARE TRUST

Authorized Sign

Authorised Signatory

Parent's Sign

हृदय वक्ष एवं तंत्रिका
ब० रो० वि
अ० भा० आ० सं०, नई
Cardiothoracic & Neuroscie
A.I.I.M.S., New De



दिनांक/Date 106734663

विभाग
Deptt.

नाम
Name SIDRA

उम्र
Age 37

यू०एच०आई०डी०सं०
UHID No.

पुत्र/पुत्री/पत्नी
S/D/W

लिंग
Sex F

12707/23

निदान
Diagnosis

R3(2)
22/7/26

P/Centare shu(median)

Accepted for Jcr(redo).

Dr. J. J. J.

- PMTAY / Deposit 60,000 in Allme CTP account
- Donor 60 Blood in CMC Blood Bank
- Cox, LFT/RT,

merit
sefor



शरीरमाद्यं खलुधर्मसाधनम्

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

Date : 22/7/20

ESTIMATE CERTIFICATE / अनुमानित व्यय प्रमाण पत्र

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

Age/उम्र 34yr Sex/लिंग Female CV No. / CTVS No./सीवी संख्या/सीटीवीएस संख्या _____

UHID No./यूएचआईडी संख्या. 106734663

Nature of Disease / रोग का नाम ICR Reel

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

Units of Blood required for operation / ऑपरेशन के लिए आवश्यक रक्त की यूनिट 60 Blood in cnc

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".

(for CTVS Patients)

(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 सम्बंधित पक्ष में बैंक ड्राफ्ट / इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण द्वारा अग्रिम रूप से जमा किया जाना चाहिए।

"एम्स सीटी पेशेंट अकाउंट"

"एम्स एन्जिओग्राफी पेशेंट अकाउंट"

(सी.टी.वी.एस. मरीजों के लिए)

(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।

परिचय रेजिडेंट / Senior Resident
सी.टी.वी.एस. विभाग/Deptt. of C.T.V.S.
इस तंत्रिका केंद्र, अ. भा. आ. सं., नई दिल्ली
C.T. Centre, A.I.I.M.S., New Delhi

(Signature & Rubber Stamp of Consultant)