

**চিকিৎসকের বিবৃতি**

দ্রষ্টব্য : ১। যে চিকিৎসক মৃত ব্যক্তির অন্তিম দিনগুলোতে তাঁহার চিকিৎসা করেন করেন কেবলমাত্র তিনিই এই ফরমটি পূরণ করিবেন। প্রতিটি প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। হাসপাতালে মৃত্যুর ক্ষেত্রে ৮,৯,১০ ও ১১নং এবং দুর্ঘটনা অথবা হত্যার ক্ষেত্রে ১১ ও ১২ প্রশ্নাবলীর জবাব অবশ্যই দিতে হইবে। চিকিৎসক জীবন বীমা কোম্পানীর অনুমোদিত ডাক্তার হইলে কোম্পানী কর্তৃক প্রদত্ত সংকেত সংখ্যাটি উল্লেখ করিতে হইবে। অন্যান্য চিকিৎসকের ক্ষেত্রে ফরমটিতে জ্ঞাত কোন সম্ভাব্য ব্যক্তির স্বাক্ষর গ্রহণ করিতে হইবে।

পূর্ব সূত্র	বীমাপত্র নং	প্রতিষ্ঠানের নাম :
	দাবী অন্তর্ভুক্তি নং	ঠিকানা :

অন্তিম দিনগুলোতে আপনার রোগী : মৃত ব্যক্তির নাম :  
হিসেবে বর্ণিত মৃত ব্যক্তির বিবরণ : পিতার নাম :  
স্থায়ী ঠিকানা :

ক্রমিক সংখ্যা	প্রশ্নাবলী	জবাব
১.	আপনার মতের মৃত্যুর সময়ে রোগীর বয়স কত ছিল?	আনুমানিক বয়স :..... বৎসর :.....
২.	তাহার মৃত্যুর তারিখ ও সময় ?	তারিখ : ..... সময় :.....
৩.	মৃত্যু-স্থানের পূর্ণ বিবরণ দিন	(ক) স্থানের নাম : (খ) থানা : (গ) ডাকঘর :
৪.	আপনার সহিত মৃতব্যক্তির কি কোন সম্পর্ক ছিল? থাকিলে, বিবরণ দিন।	(ক) হ্যাঁ/না : (খ) সম্পর্ক :
৫.	(ক) মৃত্যুর কারণ? রোগ অথবা মৃত্যুর অন্যবিধ কারণ থাকিলে তাহার স্পষ্ট এবং প্রয়োগিক নাম উল্লেখ করিবেন। কেবলমাত্র হৃদযন্ত্রের ক্রিয়া বন্ধকে মৃত্যুর কারণ ধরা যাইবে না। (খ) আপনি মৃত ব্যক্তির রোগ কিরূপে নির্ধারণ করিয়াছেন? (সঠিক জবাবটি বাদে অপর দু'টি কাটিয়া দিন) (গ) আপনার মতে মৃত ব্যক্তি কতদিন যাবৎ এই রোগে ভুগিতেছিলেন? (ঘ) ১। রোগের লক্ষণসমূহ? ২। কবে এবং কিরূপে মৃত ব্যক্তি ইহা প্রথম লক্ষ্য করেন? (ঙ) কত তারিখে আপনি তাহাকে প্রথম পরীক্ষা করেন?	১। মৃত্যুর প্রাথমিক কারণ : ২। আনুষঙ্গিক কারণ : ১। জীবিতকালে রোগীর পরীক্ষা করিয়া। ২। মৃত্যুর পর মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া। ৩। রোগ লক্ষণ এবং রোগীর চেহারা হইতে অনুমান করিয়া। (ক) রোগের স্থায়ীত্ব : (খ) রোগ সম্পর্কে মন্তব্য : (ক) রোগের স্থায়ীত্ব : (খ) রোগ সম্পর্কে মন্তব্য : তারিখ :
	(চ) মৃত ব্যক্তির বাসস্থান হইতে আপনার চিকিৎসালয়ের আনুমানিক দূরত্ব কত? (হাসপাতালে মৃত্যুর ক্ষেত্রে এই প্রশ্ন প্রযোজ্য নয়)	আনুমানিক দূরত্ব
	(ছ) আপনি কি মৃত ব্যক্তিকে অন্তিম অসুস্থতার শুরু হইতেই চিকিৎসা করেন? না করিলে আপনার চিকিৎসাকালের সঠিক মেয়াদ উল্লেখ করুন।	(ক) হ্যাঁ/না সঠিক চিকিৎসাকাল : তারিখ হইতে ..... তারিখ।
	(জ) মৃত ব্যক্তিকে কি জন্য কোন ডাক্তার চিকিৎসা করিয়াছিলেন? করিয়া থাকিলে (১) তিনি (তাহারা) কি আপনার সহিত পরামর্শক্রমে না পৃথকভাবে চিকিৎসা করিয়াছিলেন? (২) অথবা কোন হাসপাতালে নিয়মিত বা বর্হিবিভাগ রোগী হিসাবে চিকিৎসা করা হয়? (৩) ডাক্তার (গণ) এর নাম ও ঠিকানা অথবা হাসপাতালের ঠিকানা উল্লেখ করুন।	(ক) হ্যাঁ/না ১। ২। ৩।

ক্রমিক সংখ্যা	প্রশ্নাবলী	জবাব
	(বা) মৃত ব্যক্তির সর্বশেষ রোগের অব্যবহিত পূর্বে অথবা ইহার এক সাথে অপর কোন রোগ হইয়াছিল কি? হইয়া থাকিলে কত দিন যাবৎ উক্ত রোগের রোগগুলো বিদ্যমান।	
৬.	আপনি কি মৃত ব্যক্তির নিয়মিত/গৃহ-চিকিৎসক ছিলেন? অথবা চিকিৎসায় প্রয়োজন ব্যতিত কি তাহার সহিত আপনার পরিচয় ছিল? (ক) নিয়মিত চিকিৎসক হইলে সর্বশেষ অসুস্থতার পূর্বের তিন বৎসরের কি কি রোগের জন্য আপনি তাহার চিকিৎসা করেন উল্লেখ করুন। (খ) সাধারণ পরিচয়ের ক্ষেত্রে কতদিন যাবৎ তিনি আপনার পরিচিত তাহা উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ/না (ক) নিয়মিত চিকিৎসক হিসাবে মন্তব্য : (খ) পরিচিত ব্যক্তি হিসাবে মন্তব্য :
৭.	মৃত ব্যক্তি কি শান্ত/সংযত অথবা উগ্র/অসংযত স্বভাবের মানুষ ছিলেন? আপনার কি মনে হয় যে তাহার এই রোগ উগ্র মেজাজ বা অসংযমী অভ্যাসের জন্যই হইয়াছিল?	স্বভাব/অভ্যাস সম্পর্কে মন্তব্য :
৮.	(ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা (খ) হাসপাতালে ভর্তির তারিখ (গ) রেজিস্ট্রেশন নং (ঘ) ওয়ার্ড ও শয্যা নং (ঙ) ভর্তিকালীন বিবৃতি হইতে প্রস্তুত রোগী বিবরণী (প্রথম শুরু হওয়ার তারিখসহ রোগের পূর্ব ইতিহাস)	(ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা : (খ) ভর্তির তারিখ : (গ) রেজিস্ট্রেশন নং : (ঘ) ওয়ার্ড নং : (ঙ) রোগের বিবরণী : শয্যা নং :
৯.	তাহাকে কি অস্ত্রোপচার করা হয়? কখন এবং কি কারণে অস্ত্রোপচার করা হয়?	অস্ত্রোপচারের বিবরণ :
১০.	হাসপাতাল হইতে কিরূপে এবং কাহার নিকট মৃতদেহ হস্তান্তর করা হয় ?	
১১.	রোগীর মৃত্যু সম্পর্কে কোন বিচার বিভাগীয় বা অন্য কোন রীতিবদ্ধ তদন্ত অনুষ্ঠিত হইয়াছিল কি? অথবা মৃতদেহের কি কোন ময়না তদন্ত করা হয়? হইলে তদন্তের বিবরণ দিন।	
১২.	দুর্ঘটনা বা খুনজনিত কারণে মৃত্যু ঘটয়া থাকিলে আঘাত বা ক্ষতের পূর্ণ বিবরণ দিন।	
১৩.	মৃত ব্যক্তির জাতীয়তা কি ছিল?	

আমি ডাঃ ..... এতদ্বারা ঘোষণা করিতেছি যে, উপরে লিপিবদ্ধ আমার বিবৃতিতে প্রদত্ত তথ্যসমূহ আমার পূর্ণজ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল এবং সত্য। আমি আরও ঘোষণা করিতেছি যে, এই মৃত্যুর ব্যাপারে এনআরবি গ্লোবাল লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানী লিমিটেড আরও তদন্ত করিতে চাহিলে আমার কোন আপত্তি নাই এবং অনুরূপ তদন্তে আমি সর্বতোভাবে সহযোগিতা করিব।

স্বাক্ষরের স্থান :..... তারিখ :..... ২০.....

স্বাক্ষী :

স্বাক্ষর :..... চিকিৎসক স্বাক্ষর :.....

পূর্ণ নাম :..... পূর্ণ নাম :.....

পদমর্যাদা :..... পেশাগত শিক্ষামান :.....

ঠিকানা :..... এনআরবি গ্লোবাল লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোম্পানীর.....

..... ঠিকানা :.....

.....

.....

চিকিৎসকের  
সীলমোহর স্থান