জীবন বীমা কর্পোরেশন

(একমাত্র রাষ্ট্রীয় জীবন বীমা প্রতিষ্ঠান)

আর্থিক প্রতিষ্ঠান বিভাগ, অর্থ মন্ত্রণালয়

cÖavb Kvh©vjq: 24, gwZwSj ev/G, XvKv-1000|

wPwKrm‡Ki weeiYx

দ্রষ্টব্যঃ যে চিকিৎসক মৃতব্যক্তির অন্তিম দিনগুলিতে তাঁর চিকিৎসা করেন কেবলমাত্র তিনিই এই ফরমটি পূরণ করবেন। প্রতিটি প্রশ্নের জবাব দিতে হবে। হাসপাতালে মৃত্যুর ক্ষেত্রে ৭ ও ৮ নং এবং দূর্ঘটনা অথবা হত্যার ক্ষেত্রে ৯ ও ১০ নং প্রশ্নাবলীর জবাব দিতে হবে। চিকিৎসক জীবন বীমা কর্পোরেশনের ডাক্তার হলে কর্পোরেশন কর্তৃক প্রদত্ত সংকেত সংখ্যাটি উল্লেখ করতে হবে। অন্যান্য চিকিৎসকের ক্ষেত্রে ফরমটিতে জ্ঞাত কোন সম্ভ্রান্ত ব্যক্তির সাক্ষ্য গ্রহণ করতে হবে।

	পূর্বসূত্র	বীমাপত্র নং	ইউনিট
	অন্তিম দিনগুলিতে আপনার রোগী হিসেবে বর্ণিত মৃত ব্যক্তির বিবরণ।		মৃত ব্যক্তির নামঃ পিতার নামঃ মাতার নামঃ স্থায়ী ঠিকানাঃ

ক্রমিক নং	প্রশ্নাবলী	জবাব
১	আপনার মতে মৃত্যুর সময়ে রোগীর বয়স কত ছিল ?	আনুমানিক বয়সঃ .... বৎসর
২	তাঁর মৃত্যুর তারিখ ও সময়	তারিখঃ.. সময়ঃ..............................
৩	মৃত্যুর স্থানের বিবরণ দিন	স্থানের নামঃ ডাকঘরঃ উপজেলাঃ জেলাঃ
৪	আপনার সাথে মৃত ব্যক্তির কি কোন সম্পর্ক ছিল? থাকলে, বিবরণ দিন।	হ্যাঁ / না সম্পর্ক
৫	ক) মৃত্যুর কারণ ? রোগ অথবা মৃত্যুর অন্যবিধ কারণ থাকলে তাঁর স্পষ্ট এবং প্রয়োগিক নাম উল্লেখ করবেন। কেবলমাত্র হৃদযন্ত্রের ক্রিয়া বন্ধকে মৃত্যুর কারণ ধরা যাবে না।	১। মৃত্যুর প্রাথমিক কারণঃ ২। আনুসঙ্গিক কারণঃ
	খ) আপনি মৃত ব্যক্তির রোগ কিরূপে নির্ধারণ করেছিলেন ? (সঠিক জবাবটি বাদে অপর দুটি কেটে দিন।)	১। জীবিতকালে রোগীকে পরীক্ষা করে। ২। মৃত্যুর পর মৃতদেহ পরীক্ষা করে। ৩। রোগ লক্ষণ এবং রোগীর চেহারা হতে অনুমান করে।
	গ) আপনার মতে মৃত ব্যক্তি কত দিন যাবৎ এই রোগে ভুগছিলেন ?	রোগের স্থায়িত্বঃ রোগ সম্পর্কে মন্তব্যঃ
	ঘ) ১। রোগের লক্ষণ সমূহ ? ২। কবে এবং কিরূপে মৃত ব্যক্তির ইহা প্রথম লক্ষ্য করেন?	১। লক্ষণ সমূহঃ ২। পর্যবেক্ষণঃ
	ঙ) কত তারিখে আপনি তাঁকে প্রথম পরীক্ষা করেন।	তারিখঃ
	চ) আপনি কি মৃতব্যক্তির অন্তিম অসুস্থ্যতার শুরু থেকেই চিকিৎসা করেন? না করলে আপনার চিকিৎসাকালের মেয়াদ উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ / না সঠিক চিকিৎসাকালঃ ....তারিখ হইতে........................... তারিখ
	ছ) মৃত ব্যক্তিকে কি অন্য কোন ডাক্তার চিকিৎসা করেছিলেন? করে থাকলে (১) তিনি (তাঁরা) কি আপনার সাথে পরামর্শক্রমে না পৃথকভাবে চিকিৎসা করেছিলেন? (২) অথবা কোন হাসপাতালে নিয়মিত বা বর্হি বিভাগ রোগী হিসেবে চিকিৎসা করা হয় ? (৩) ডাক্তার (গণ) এর নাম ও ঠিকানা অথবা হাসপাতালের ঠিকানা উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ / না (১) (২) (৩)
	জ) মৃত ব্যক্তির সর্বশেষ রোগের অব্যবহিত পূর্বে অথবা পাশাপাশি অপর কোন রোগ হয়েছিল কি? হয়ে থাকলে কত দিন যাবৎ উক্ত রোগের/ রোগগুলির লক্ষণ বিদ্যমান ছিল ?	

২য় পৃষ্ঠায় দ্রষ্টব্য

৬	আপনি কি মৃত ব্যক্তির নিয়মিত / গৃহ চিকিৎসক ছিলেন? অথবা চিকিৎসার প্রয়োজন ব্যতীতই কি তাঁর সাথে আপনার পরিচয় ছিল ? ক) নিয়মিত চিকিৎসক হলে, সর্বশেষ অসুস্থ্যতার পূর্বের তিন বৎসরে কি কি রোগের জন্য আপনি তাঁর চিকিৎসা করেন উল্লেখ করুন। খ) সাধারণ পরিচয়ের ক্ষেত্রে, কতদিন যাবৎ তিনি আপনার পরিচিত তা উল্লেখ করুন।	হ্যাঁ / না (ক) (খ)
৭	ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানা খ) হাসপাতালে ভর্তির তারিখ গ) রেজিস্ট্রেশন নং ঘ) ওয়ার্ড ও শয্যা নং ঙ) হাসপাতালে ভর্তিকালীন রোগ বিবরণী (প্রথম শুরু হওয়ার তারিখ সহ রোগের পূর্ব ইতিহাস)	ক) হাসপাতালের নাম ও ঠিকানাঃ খ) ভর্তির তারিখঃ গ) রেজিস্ট্রেশন নং ঘ) ওয়ার্ড নং: শয্যা নং: ঙ) রোগ বিবরণী
৮	তাঁকে কি অস্ত্রোপচার করা হয় ? কখন এবং কি কারণে তাঁকে অস্ত্রোপচার করা হয়?	অস্ত্রোপচারের বিবরণঃ
৯	রোগীর মৃত্যু সম্পর্কে কোন বিচার বিভাগীয় বা অন্যকোন তদন্ত অনুষ্ঠিত হয়েছিল কি? অথবা মৃতদেহের কি কোন ময়না তদন্ত করা হয়? হলে তদন্তের বিবরণ দিন।	
১০	দুর্ঘটনা বা খুনজনিত কারণে মৃত্যু ঘটে থাকলে আঘাত বা ক্ষতের পূর্ণ বিবরণ দিন।	

আমি ডাঃ ....এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, উপরে লিপিবদ্ধ আমার বিবৃতিতে প্রদত্ত তথ্যসমূহ আমার পূর্ণজ্ঞান ও বিশ্বাস অনুযায়ী নির্ভুল এবং সত্য। আমি আরও ঘোষণা করছি যে, এই মৃত্যুর ব্যাপারে জীবন বীমা কর্পোরেশন আরও তদন্ত করতে চাইলে আমার কোন আপত্তি নেই এবং অনুরূপ তদন্তে আমি সর্বতোভাবে সহযোগীতা করব।

স্বাক্ষরের স্থানঃ.. তারিখ : ....

চিকিৎসকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষী :

১। স্বাক্ষর :...

পূর্ণ নামঃ...

পদমর্যাদাঃ...

ঠিকানাঃ গ্রাম/শহর/মহল্লা :..................................

পোষ্ট : ....

উপজেলা/থানাঃ...

জেলাঃ...

ফোন/মোবাইল নং ....

পূর্ণ নামঃ ....

পেশাগত শিক্ষামান: ....

রেজিস্ট্রেশন নং: ....

পেশাগত ঠিকানা : ....

জীবন বীমা কর্পোরেশন সংকেত (যদি থাকে)

ঠিকানা : ....

....

....

ফোন/মোবাইল নং ....

চিকিৎসকের সীলমোহর