



PATIENT APPLICATION FORM

PATIENT'S DETAILS



NAME:	Krishna Chauhan
FATHER NAME:	Ashutosh Chauhan
DATE OF BIRTH / AGE:	8 Month
SEX:	Male
ADDRESS:	Ghazipur, Uttar Pradesh-233227
DISEASE:	SV Physiology, Ser PAH(Pulmonary Arterial Hypertension)
HOSPITAL DEPARTMENT TREATMENT ESTIMATE COST	AIIMS Cardiology PAB + Atrial Septectomy Rs. 60,000/-

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, O.P.D.
A.I.I.M.S., New Delhi-110029

दिनांक Date	CV 2022/014/0023751	₹0	Cardiology
विभाग Deptt.	UHID: 106299814		CTVS (116386/2022)
ब०रो०वि०सं० O.P.D. No.	Date 28/10/2022	MON, WED, FRI	
	Name KRISHNA CHAUHAN		2M 9D /M
	S/O ASHUTOSH CHAUHAN		
	Consultant Room 1	Dr. P Rajshekhar	
	SR Room		
			

for ATRIAL SEPTECTOMY
+ PA Band (Early)

गरीब परिवार/JSSK/PMJAY (मानुष्यता भारत)

RAN/HMDG/अन्य से संबंधित सहायता और जरूरतों

के लिए MSSO से (कमरा नं 9) में मिलें।

Advised to come as and when
Finances / Blood / ~~Dental~~
~~Clearance~~ / ~~Viral Markers~~ are done,
to adjust between any drop-outs.

दाखिले की अनुमानित तारीख
मरिजों की भीड़ के कारण शीघ्र
भर्ती संभव नहीं है। जल्द उपचार
के लिए अन्य सरकारी अस्पताल
में संपर्क कर सकते हैं।

सी.टी.वी.एस. (एच.डी.यू.) और बाल चिकित्सा कार्डियोलॉजी यूनिट
दूसरी मंजिल, कार्डिस्क ब्लॉक (ट्रामा सेंटर के पास)
जे.एन. मेडिकल कॉलेज, अलीगढ़, उत्तर प्रदेश
सभी सप्ताह के दिन सुबह 9 बजे से 10.30 बजे के बीच
उत्तर प्रदेश के निवासियों के लिए 18 वर्ष की आयु तक
की सभी बाल चिकित्सा हृदय शल्य चिकित्सा/हस्तक्षेप
निःशुल्क किए जाते हैं।

Rajshekhar
31.10.2022

Need Coake
Room No. D
28/10

C.N. CENTRE
CLINICAL PATHOLOGY
HAEMATOLOGY

(FP-90)

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI-110029

REG. NO. 106299814

OPD/WARD

UNIT

AGE

SEX

CV 2022/014/0023751

UHID: 106299814

Date 14/10/2022 MON

Name KRISHNA CHAUHAN

S/O ASHUTOSH CHAUHAN

Cardiology
Paed. Cardiology

1M 26D /M

OXALATE

CITRATE

HEPARIN

TIME OF COLLECTION

Blood group.

Consultant Room 21

Dr. S
RAMAKRISHNAN
DR. GORAV

SR Room 14

NAME OF MEDICAL OFFICER

FOR LAB. USE ONLY

LAB. REF. NO.

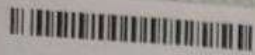
DATE OF RECEIVING THE SPECIMEN

B+ve
15/12/23

HAEMATOLOGIST

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED

S
T
A
M
P



CV 2022/014/0023751

UHID: 106299814

Date 14/10/2022

MON

Name KRISHNA CHAUHAN

Consultant Room 21

Cardiology
Paed. Cardiology

1M 26D /M

Dr. S

RAMAKRISHNAN

DR. GORAV

DEPARTMENT OF
CARDIOLOGY
CENTRE FOR MEDICAL SCIENCES
AIIMS, NEW DELHI-110029

Dated: 13/10/22

SR Room 14



CERTIFICATE

Name of the Patient _____

Age _____ Sex _____ CV No./CTVS No. _____

Nature of Disease SV physiology, Sec PAH.

Nature of Surgery required PAB + ATRIAL SEPTECTOMY.

Amount required for Surgery Rs. 60,000/-

+ 4 units of blood at our blood bank

The above mentioned amount must be deposited in advance by bank draft in favour of "AIIMS CT PATIENT'S ACCOUNT". The said estimate will be valid for employee of CGHS/ESI/GOVT. Undertaking beneficiaries.

Rajashree
(CONSULTANT/SENIOR RESIDENTS)