

(مرحوم/مرحومہ کی آخری بیماری کے دوران ان کو دیکھنے والے فزیشن/سرجن کی جانب سے مکمل کیا جائے)

CertificateNo. سرٹیفکیٹ نمبر _____

1. (a) i) Full Name of deceased ii) Deceased C.N.I.C. No. iii) Father's Husband's Name iv) Mark of Identification v) Occupation vi) Residence Address	i) الف) مرحوم/مرحومه کا نام ii) مرحوم/مرحومه کا قومی شناختی کارڈ نمبر iii) والد/شوہر کا نام iv) علامتی نشان v) پیشہ vi) رہائشی پتہ	
(b) i) Date of Death ii) Time of Death iii) Place of Death iv) Bed, Room, Ward No. if died in Hospital	i) وفات کی تاریخ ii) وفات کا وقت iii) وفات کا مقام iv) اگر وفات ہسپتال میں ہوئی تو بستر، کمرہ، وارڈ نمبر	
(c) i) Primary cause of death ii) Secondary cause of death	i) وفات کی بنیادی وجہ ii) وفات کی ثانوی وجہ	
2. (a) i) Are you deceased's regular Medical Attendant/ Family Physician? ii) If so, for how long?	i) کیا آپ مرحوم/مرحومہ کے مستقل میڈیکل اینڈینٹ/ فیملی فزیشن ہیں؟ ii) اگر ہاں، تو کتنے عرصے	☐ Yes جی ہاں ہے۔ ☐ No جی نہیں ہے۔
(b) Please give details of all Consultant: i) Dates ii) Complaints at Presentation iii) Patient's ailment (s) History, please give details approximately with period of ailment (s) apart form the above. iv) Treatment given	(ب) براہ مہربانی تمام مشوروں کی تفصیلات فراہم کیجئے i) تاریخیں ii) آمد پر شکایات iii) مریض کی بیماری (بیماریاں)، سابقہ تاریخ، درج بالا سے ہٹ کر، بیماری (بیماریوں) کا لگ بھگ دورانیہ کی تفصیلات فراہم کیجئے iv) کیا گیا علاج	
3. Was the deceased refereed to you by some other Doctors(s) Hospital/Specialist? (a) If so, give name & address of that Doctors(s) Hospital/Specialist? (b) His diagnosis/observation	۳۔ کیا کسی اور ڈاکٹر، ہسپتال/ اسپیشلسٹ نے مرحوم/مرحومہ کو آپ کے پاس بھیجا تھا؟ (الف) اگر ایسا ہے، تو ڈاکٹر، ہسپتال/ اسپیشلسٹ کا نام اور پتہ؟ (ب) اسکی تشخیص/مشاہدہ	☐ Yes جی ہاں ہے۔ ☐ No جی نہیں ہے۔
4. (a) i) Did you refer the deceased to any other Doctors(s) Hospital/Specialist? ii) If so, please state your Diagnosis /Observation. (b) Name & Address of Doctor/Specialist /Hospital where Referred to:	۴۔ کیا آپ نے مرحوم/مرحومہ کسی اور ڈاکٹر، ہسپتال/ اسپیشلسٹ کے پاس بھیجا تھا؟ (الف) اگر ہاں، تو اپنی تشخیص /مشاہدہ تحریر کیجئے (ب) اگر ایسا ہے، تو جس ڈاکٹر، ہسپتال/ اسپیشلسٹ کے پاس بھیجا، اسکا نام اور پتہ؟	☐ Yes جی ہاں ہے۔ ☐ No جی نہیں ہے۔
5. Please give details of Pathological & Clinical Test (s) done. a) Dates b) Nature of Test (s). c) Findings	۵۔ براہ مہربانی پیٹھا لوجی اور کلینیکل ٹیسٹوں کی تفصیلات فراہم کیجئے: (الف) تاریخیں (ب) ٹیسٹ (ٹیسٹس) کی نوعیت (ج) نتائج	

I, Dr. _____ Medical Attendant of deceased _____

DO HEREBY SOLEMNLY DECLARE THAT the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief.

میں، ڈاکٹر _____، مرحوم/مرحومہ کا میڈیکل اینڈنٹ، حلفیہ اقرار کرتا ہوں/کرتی ہوں کہ درج بالا بیانات میرے علم اور یقین کے مطابق صحیح اور سچ پر مبنی ہیں۔

Signed at _____ this _____ day of _____ 20 _____

آج بروز _____ دستخط کیے گئے۔

Signature Of Witness: گواہ کے دستخط _____ Signature Of Medical Attendant: میڈیکل اینڈنٹ کے دستخط _____

Name Of The Witness: گواہ کا نام _____ Qualifications: علمی قابلیت _____

Occupation: پیشہ _____ Regn. No.: رجسٹر نمبر _____

Postal Address: ڈاک پتہ _____ Postal Address: ڈاک پتہ _____

If the Medical Attendant is one of the Company's authorized Medical Examiners his signature on the Certificate may be witnessed by any person of known character and responsibility other than a relative of the deceased. In other case, the witness must be a Gazatted Officer on Chief Executive Officer of Municipality or a District Judge.

اگر میڈیکل اینڈنٹ کسی کمپنی کے منظور شدہ میڈیکل ایگزامینر میں سے کوئی ہو تو اس سرٹیفکیٹ پر، مرحوم/مرحومہ کے رشتہ دار کے علاوہ، کوئی ایچھے کردار اور ذمہ دار کے حال فرد کی گواہی چاہیے۔ بصورت دیگر، یہ گواہ کوئی سرکاری آفیسر یا بلدیات کا چیف ایگزیکٹو آفیسر یا ڈسٹرکٹ جج ہونا چاہیے۔

In case of a discrepancy between the English version and the Urdu translation, the English version will prevail.

انگریزی اور اردو متن میں کسی اختلاف کی صورت میں، انگریزی متن کو فوقیت حاصل ہوگی۔