

REQUEST FOR CASHLESS HOSPITALISATION FOR HEALTH INSURANCE POLICY
(TO BE FILLED IN BLOCK LETTERS)



DETAILS OF THE THIRD PARTY ADMINISTRATOR/ INSURER/ HOSPITAL:

a. Name of TPA/Insurance company: **HEALTHINDIA INSURANCE TPA SERVICES PVT. LTD.**

(IRDA LICENCE No .022)

Cashless Request E-mail Id : crm@healthindiatpa.com

b. Toll free phone number : 1800-2201-02

c. Toll free fax: 07666136699

d. Name of Hospital:

i. Address

ii. Rohini ID:

iii. E-mail ID:

TO BE FILLED BY INSURED/PATIENT

A. Name of the Patient:

HEMMAMALINI.S

B. Gender:

☐ Male

☒ Female

☐ Third Gender

C. Age:

24

Years

Months

D. Date of Birth:

DD/MM/YYYY

E. Contact number:

9677176553

F. Contact number of attending Relative:

G. Insured Card ID number:

15604969W

H. Policy number/Name of Corporate:

I. Employee ID:

E010098

J. Currently do you have any other mediclaim / health insurance:

☐

Yes

☐

No

i. Company Name:

ii. Give Details:

K. Do you have a family Physician:

☐

Yes

☐

No

L. Name of the Family Physician:

M. Contact number , if any:

N. Current Address of Insured Patient:

O. Occupation of Insured Patient:

(PLEASE COMPLETE DECLARATION OF THIS FORM)

TO BE FILLED BY TREATING DOCTOR / HOSPITAL

A: Name of the treating Doctor: Dr. Nathan S. Rajagopalan

B. Contact Number: 6379305271

C: Nature of Illness / Disease with presenting complaint: _____

D: Relevant Critical Findings: _____

E: Duration of the present ailment: _____ Days

i. Date of First consultation: _____

DD/MM/YYYY

ii. Past history of present ailment, if any _____

F: Provisional diagnosis: C72 A1 38+4 days

i. ICD 10 code _____

G: Proposed line of treatment:

i. Medical Management

()

ii. Surgical Management

()

iii. Intensive care

()

iv. Investigation

()

v. Non-allopathic treatment

()

i. Route of Drug Administration _____

I: If surgical, name of surgery

normal vaginal delivery

i. ICD 10 PCS code _____

J: If other treatment, provide details _____

K: How did injury occur _____

L: In case of accident

i. Is it RTA:

☐

Yes

☐

No

ii. Date of Injury

(DD/MM/YYYY)

iii. Report to Police

☐

Yes

☐

No

iv. FIR NO.

v. Injury / Disease caused due to substance abuse/alcohol consumption

☐

Yes

☐

No

vi. Test conducted to establish this (if yes, attach report)

☐

Yes

☐

No

M: In case of Maternity

☐

G

☐

P

☐

L

☐

A

i. Expected date of Delivery

(DD/MM/YYYY)

DETAILS OF PATIENT ADMITTED

A.

Date of admission

(DD/MM/YYYY) 10/07/24

B. Time of admission

(HH:MM)

C. Is this an emergency / planned hospitalization event:

Emergency

☒

Planned

☐

D. Mandatory Past History of any chronic illness

If yes (Since month/year)

i. Diabetes

ii. Heart disease

iii. Hypertension

iv. Hyperlipidemias

v. Osteoarthritis

vi. Asthma / COPD / Bronchitis

vii. Cancer

viii. Alcohol / Drug abuse

ix. Any HIV/ or STD Related ailment

x. Any other ailment, give details

E. Expected number of Days /stay in hospital

2 Days

F. Days in ICU

Days

G. Room Type

Single Room

H. Per day room rent + nursing and service charges + patients diet

I. Expected cost of investigation + diagnostic

J. ICU charges

K. OT charges

L. Professional fees Surgeon + Anesthetist Fees + Consultation Charges

M. Medicines + Consumables + Cost of Implants (if applicable please specify)

N. Other hospital expenses if any

O. All - inclusive package charges if any applicable

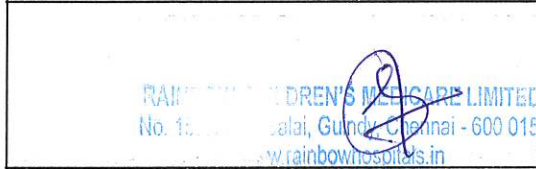
P. Sum Total expected cost of hospitalization

18500

DECLARATION
(Please read very carefully)

We confirm having read understood and agreed to the Declarations of this form

- a. Name of the treating doctor: Dr. Mathangi Rameshbabu
- b. Qualification: _____
- c. Registration number with State code: _____



Hospital Seal
(Must include Hospital ID)



Patient/Insured Name and Sign

DECLARATION BY THE PATIENT / REPRESENTATIVE

- a. I agree to allow the hospital to submit all original documents pertaining to hospitalization to the Insurer / T.P.A after the discharge. I agree to sign on the Final Bill & the Discharge Summary, before my discharge.
- b. Payment to hospital is governed by the terms and conditions of the policy. In case the Insurer / TPA is not liable to settle the hospital bill, I undertake to settle the bill as per the terms and conditions of the policy.
- c. All non-medical expenses and expenses not relevant to current hospitalization and the amounts over & above the limit authorized by the Insurer / T.P.A not governed by the terms and conditions of the policy will be paid by me.
- d. I hereby declare to abide by the terms and conditions of the policy and if at any time the facts disclosed by me are found to be false or incorrect I forfeit my claim and agree to indemnify the insurer / T.P.A
- e. I agree and understand that T.P.A is in no way warranting the service of the hospital & that the Insurer / TPA is in no way guaranteeing that the services provided by the hospital will be of a particular quality or standard.
- f. I hereby warrant the truth of the forgoing particulars in every respect and I agree that if I have made or shall make any false or untrue statement, suppression or concealment with respect to the claim, my right to claim reimbursement of the said expenses shall be absolutely forfeited.
- g. I agree to indemnify the hospital against all expenses incurred on my behalf, which are not reimbursed by the Insurer / TPA.

h. "I/We authorize Insurance Company / TPA to contact me / us through mobile/email for any update on this claim"

- a) Patient's / Insured's Name HEMANALINI S
- b) Contact number 9677176553 c) e-mail Id (optional)
- d) Patient's / Insured's Signature: Hemanalini S

Date:

Time:

HOSPITAL DECLARATION

- a. We have no objection to any authorized TPA / Insurance Company official verifying documents pertaining to hospitalization.
- b. All valid original documents duly countersigned by the insured / patient as per the checklist below will be sent to TPA / Insurance Company within 7 days of the patient's discharge.
- c. We agree that TPA / Insurance Company will not be liable to make the payment in the event of any discrepancy between the facts in this form and discharge summary or other documents.
- d. The patient declaration has been signed by the patient or by his representative in our presence.
- e. We agree to provide clarifications for the queries raised regarding this hospitalization and we take the sole responsibility for any delay in offering clarifications.
- f. We will abide by the terms and conditions agreed in the MOU.
- g. We confirm that no additional amount would be collected from the insured in excess of Agreed Package Rates except costs towards non-admissible amounts (including additional charges due to opting higher room rent than eligibility / choosing separate line of treatment which is not envisaged / considered in package).
- h. We confirm that no recoveries would be made from the deposit amount collected from the Insured except for costs towards non-admissible amounts (including additional charges due to opting higher room rent than eligibility/choosing separate line of treatment which is not envisaged / considered in package).
- i. In the event of unauthorized recovery of any additional amount from the Insured in excess of Agreed Package Rates, the authorized TPA/ Insurance Company reserves the right to recover the same from us (the Network Provider) and/or take necessary action, as provided under the MOU or applicable laws.

Hospital Seal

RAINBOW CHILDREN'S MEDICARE LIMITED
No. 157, Anna Salai, Guindy, Chennai - 600 015.
www.rainbowhospitals.in

Doctor's Signature

Date:

Time

HEALTH INDIA INSURANCE TPA SERVICES PVT. LTD.

Neelkanth Corporate IT Park, 4th floor, 406-412, Kirol park, Vidyavihar (West)

Website : www.healthindiatpa.com, Email ID:- crm@healthindiatpa.com

Contact Number:- 022-66867575

E-Card



United India Insurance Company Limited

Group Name : ROYAL ENFIELD - A UNIT OF EICHER MOTORS LIMITED
Policy Number : 5002002825P108234537
Health India ID : 15604969W
Employee ID : E010098
Name : HEMAMALINI S
Gender : Female
Relation : Wife
Age : 24
Valid Upto : 09-08-2026

HealthIndia Insurance TPA Services Private Limited



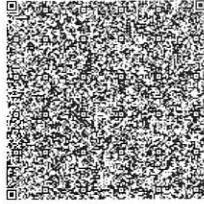
இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 2193/20210/03709

To
ஹேமமாலினி . ச
Hemamalini . S
D/O: Sundar,
1/1,,
DR , SHAKUR STREET,
PUDUPET,
VTC: Anna Salai,
PO: Anna Salai,
Sub District: Chennai,
District: Chennai,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600002,
Mobile: 9789653174

Signature Not Verified
Digitally signed by HS Unique
Identification Authority of India
Date: 2025.08.16 13:30:20
IST



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :

8816 3703 8659
VID : 9168 4715 6934 6878

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய அரசாங்கம்
Government of India



Aadhaar no. issued: 12/02/2016



ஹேமமாலினி . ச
Hemamalini . S
பிறந்த நாள்/DOB: 21/07/2001
பெண்/ FEMALE

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல இது. சரிபார்க்கப்படும் மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். ஆண்மை அங்கீகாரம் அல்லது (24 குறியிடல்) ஸ்டேட் ஸ்கேன் செய்தல் ஆணை (24) பிளவு 10.0.1
Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

8816 3703 8659

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



Government of India



தகவல் / INFORMATION

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியுரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல இது. சரிபார்க்கப்படும் மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். ஆண்மை அங்கீகாரம் அல்லது (24 குறியிடல்) ஸ்டேட் ஸ்கேன் செய்தல் ஆணை (24) பிளவு 10.0.1
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகார நிறுவனத்தால் ஆண்மை அங்கீகாரம் அல்லது ஆப் ஸ்டோர்களைக் கிடைக்கும் எம் ஆதார் அல்லது ஆதார் OR ஸ்கேனர் செயலியை பயன்படுத்தி OR குறியிடல் ஸ்கேனிங் அல்லது www.uidai.gov.in ல் கிடைக்கும் பாதுகாப்பான QR குறியிடல் ரீடர் செயலியை பயன்படுத்தி சரிபார்க்க வேண்டும்.
- ஆதார் தனித்துவமானது மற்றும் பாதுகாப்பானது.
- ஆதார் பதிவு செய்யப்பட்ட நாளிலிருந்து ஒவ்வொரு 10 வருடங்களுக்குப் பிறகும் ஆதாரில் அடையாளம் மற்றும் முகவரிக்கான ஆவணங்கள் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா பலன்கள் / சேவைகளைப் பெற ஆதார் உங்களுக்கு உதவுகிறது.
- உங்கள் மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்.
- ஆதார் சேவைகளைப் பெற mAadhaar செயலியை பதிவிறக்கவும்.
- ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் பயன்படுத்தாதபோது பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய, ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் லாக்அன்லாக் அம்சத்தைப் பயன்படுத்தவும்.
- ஆதார் கோரும் நிறுவனங்கள் ஒப்புதலைப் பெற வேண்டிய கட்டாயம் உள்ளது.
- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth (DOB). DOB is based on information supported by proof of DOB document specified in regulations, submitted by Aadhaar number holder.
- This Aadhaar letter should be verified through either online authentication by UIDAI-appointed authentication agency or QR code scanning using mAadhaar or Aadhaar QR Scanner app available in app stores or using secure QR code reader app available on www.uidai.gov.in.
- Aadhaar is unique and secure.
- Documents to support identity and address should be updated in Aadhaar after every 10 years from date of enrolment for Aadhaar.
- Aadhaar helps you avail of various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app to avail of Aadhaar services.
- Use the feature of Lock/Unlock Aadhaar/biometrics to ensure security when not using Aadhaar/biometrics.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek consent.



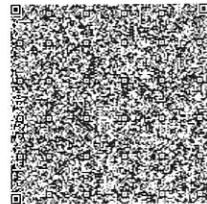
இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India



Details as on: 16/08/2025

முகவரி:
தந்தை / தாய் பெயர்: சுந்தர், 1/1,, டாக்டர்,
ஷக்ரூர் தெரு, புதுபேட்டை, அண்ணா
சாலை, அண்ணா சாலை, சென்னை,
தமிழ் நாடு - 600002

Address:
D/O: Sundar, 1/1,, DR , SHAKUR STREET,
PUDUPET, Anna Salai, PO: Anna Salai, DIST:
Chennai,
Tamil Nadu - 600002



8816 3703 8659

VID : 9168 4715 6934 6878

1947

help@uidai.gov.in

www.uidai.gov.in



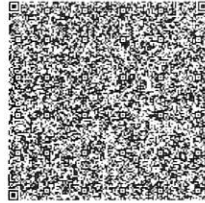
இந்திய அரசாங்கம்
Government of India

இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India

பதிவேட்டு எண்/ Enrolment No.: 2193/10238/05811

To
கோ புவனேஸ்வரன்
G Bhuvaneswaran
S/O: Gopinathan,
26/71 B-1,
GANDHI STREET,
WEST MAMBALAM,
VTC: West Mambalam,
PO: West Mambalam,
Sub District: Chennai,
District: Chennai,
State: Tamil Nadu,
PIN Code: 600033,
Mobile: 9677176553

Signature Not Verified
Digitally signed by Unique
Identification Authority of India
DN: cn=Unique Identification
Authority of India, o=Unique
Identification Authority of India,
ou=Unique Identification
Authority of India, email=unique@uidai.gov.in, c=IN



உங்கள் ஆதார் எண் / Your Aadhaar No. :

7691 8000 4961
VID : 9149 4150 4503 4340

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



இந்திய அரசாங்கம்
Government of India



Aadhaar no. issued: 29/12/2013



கோ புவனேஸ்வரன்
G Bhuvaneswaran
பிறந்த நாள்/DOB: 22/07/1996
ஆண்/ MALE

ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியரிமை, அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. இது சரிபார்க்கப்பட மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட வேண்டும் (ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது QR குறியீடு மூலம்).
Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth. It should be used with verification (online authentication, or scanning of QR code / offline XML).

7691 8000 4961

எனது ஆதார், எனது அடையாளம்



Government of India



தகவல் / INFORMATION

- ஆதார் என்பது அடையாளத்திற்கான சான்றாகும். குடியரிமை அல்லது பிறந்த தேதிக்கான சான்றல்ல. பிறந்த தேதி என்பது ஆதார் எண் வைத்திருப்பவரால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விதிமுறைகளில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள பிறந்த தேதி ஆவணத்தின் ஆதாரம் மூலம் ஆதரிக்கப்படும் தகவலின் அடிப்படையில் அமைந்துள்ளது.
- இந்த ஆதார் கடிதத்தை UIDAI நியமித்த அங்கீகார நிறுவனத்தால் ஆன்லைன் அங்கீகாரம் அல்லது ஆப் ஸ்டோர்களில் கிடைக்கும் எம் ஆதார் அல்லது ஆதார் QR ஸ்கேனர் செயலியை பயன்படுத்தி QR குறியீடு ஸ்கேனிங் அல்லது www.uidai.gov.in ல் கிடைக்கும் பாதுகாப்பான QR குறியீடு ரீடர் செயலியை பயன்படுத்தி சரிபார்க்க வேண்டும்.
- ஆதார் தனித்துவமானது மற்றும் பாதுகாப்பானது.
- ஆதார் பதிவு செய்யப்பட்ட நாளிலிருந்து ஒவ்வொரு 10 வருடங்களுக்குப் பிறகும் ஆதாரில் அடையாளம் மற்றும் முகவரிக்கான ஆவணங்கள் புதுப்பிக்கப்பட வேண்டும்.
- பல்வேறு அரசு மற்றும் அரசு சாரா பலன்கள் / சேவைகளைப் பெற ஆதார் உங்களுக்கு உதவுகிறது.
- உங்கள் மொபைல் எண் மற்றும் மின்னஞ்சல் ஐடியை ஆதாரில் புதுப்பிக்கவும்.
- ஆதார் சேவைகளைப் பெற mAadhaar செயலியை பதிவிறக்கவும்.
- ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் பயன்படுத்தாதபோது பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய ஆதார்பயோமெட்ரிக்ஸ் லாக்அன்லாக் அம்சத்தைப் பயன்படுத்தவும்.
- ஆதார் கோரும் நிறுவனங்கள் ஒப்புதலைப் பெற வேண்டிய கட்டாயம் உள்ளது.
- Aadhaar is proof of identity, not of citizenship or date of birth (DOB). DOB is based on information supported by proof of DOB document specified in regulations, submitted by Aadhaar number holder.
- This Aadhaar letter should be verified through either online authentication by UIDAI-appointed authentication agency or QR code scanning using mAadhaar or Aadhaar QR Scanner app available in app stores or using secure QR code reader app available on www.uidai.gov.in.
- Aadhaar is unique and secure.
- Documents to support identity and address should be updated in Aadhaar after every 10 years from date of enrolment for Aadhaar.
- Aadhaar helps you avail of various Government and Non-Government benefits/services.
- Keep your mobile number and email id updated in Aadhaar.
- Download mAadhaar app to avail of Aadhaar services.
- Use the feature of Lock/Unlock Aadhaar/biometrics to ensure security when not using Aadhaar/biometrics.
- Entities seeking Aadhaar are obligated to seek consent.

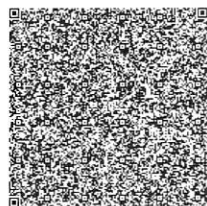


இந்திய தனிப்பட்ட அடையாள ஆணைய அமைப்பு
Unique Identification Authority of India



Details as on: 20/02/2026

முகவரி:
S/O: கோபிநாதன், 26/71 பி-1, காந்தி தெரு,
மேற்கு மாம்பலம், மேற்கு மாம்பலம்,
மேற்கு மாம்பலம், சென்னை,
தமிழ் நாடு - 600033
Address:
S/O: Gopinathan, 26/71 B-1, GANDHI STREET,
WEST MAMBALAM, West Mambalam, PO: West
Mambalam, DIST: Chennai,
Tamil Nadu - 600033



7691 8000 4961

VID : 9149 4150 4503 4340

☎ 1947

✉ help@uidai.gov.in

🌐 www.uidai.gov.in

आयकर विभाग
INCOME TAX DEPARTMENT



भारत सरकार
GOVT. OF INDIA



स्थायी लेखा संख्या कार्ड
Permanent Account Number Card

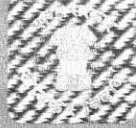
DVOPB8423A

नाम / Name
BHUVANESWARAN G

पिता का नाम / Father's Name
GOPINATHAN

जन्म की तारीख / Date of Birth
22/07/1996

हस्ताक्षर / Signature



02062018

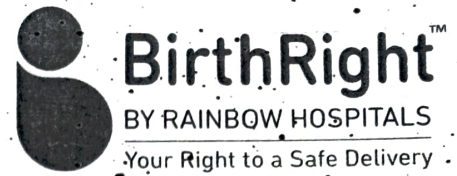
इस कार्ड के खोने / पाने पर कृपया सूचित करें। लौटारें:
आयकर पैन सेवा इकाई, एन एस डी एल
5 वीं मंजिल, मंत्री स्टर्लिंग, प्लॉट नं. 341, सर्वे नं. 997/8,
मॉडल कालोनी, दीप बंगला चौक के पास,
पुणे - 411 016.

*If this card is lost / someone's lost card is found,
please inform / return to.:*

Income Tax PAN Services Unit, NSDL
5th floor, Mantri Sterling,
Plot No. 341, Survey No. 997/8,
Model Colony, Near Deep Bungalow Chowk,
Pune - 411 016.

Tel: 91-20-2721 8080, Fax: 91-20-2721 8081
e-mail: tininfo@nsdl.co.in

Fetal Medicine Report



Patient name	Mrs. HEMAMALINI	Age/Sex	24 Years / Female
Patient ID	GUC00085701	Visit no	5
Referred by	Dr. MATHANGI RAJAGOPALAN	Visit date	16/06/2026
LMP date	01/10/2025, LMP EDD: 08/07/2026[36W 6D]	C-EDD	13/07/2026[36W 1D]

OB - 2/3 Trimester Scan Report

Indication(s)

Growth with Doppler

FTS T21: 1:100000 PAPP-A0.79 MoM (Screen negative)

Rh Negative ICT Negative(22/03/2026)

Real time B-mode ultrasonography of gravid uterus done.

Route: Transabdominal and Transvaginal

Single intrauterine gestation

Detailed Fetal anatomy not done today's scan due to advanced gestational age.

Case History

Gravida - 2 , Miscarriage - 1

Maternal

Cervix measured 2.50 cm in length.

Fetus

Survey

Presentation - Cephalic

Placenta - Anterior

Liquor - Normal

Single deepest pocket = 3.5

Amniotic fluid index = 10.8

Fetal activity present

Cardiac activity present

Fetal heart rate - 169 bpm

Biometry(Hadlock)

BPD 93 mm 37W 5D (92%ile)	HC 328.43 mm 37W 2D (49%ile)	AC 320.57 mm 36W (55%ile)	FL 73.5 mm 37W 4D (76%ile)	EFW BPD,HC,AC,FL 3022 grams (62%ile)
5% 50% 95% *	5% 50% 95% *	5% 50% 95% *	5% 50% 95% *	5% 50% 95% *

Fetal Anatomy

Calvarium intact

Both lungs appeared normal

Inflows, Arches, PAS, imaged

Abdominal situs appeared normal.

Bowel pattern appeared normal for the period of gestation.

Both kidneys and bladder appeared normal.

Rainbow Children's Medicare Limited

For Appointments call: 1800 2122

you can take "ONLINE APPOINTMENT" from our website at ANY TIME : Log on to "www.rainbowhospitals.in"

Patient name	Mrs. HEMAMALINI	Age/Sex	24 Years / Female
Patient ID	GUC00085701	Visit no	5
Referred by	Dr. MATHANGI RAJAGOPALAN	Visit date	16/06/2026
LMP date	01/10/2025, LMP EDD 08/07/2026[36W 6D]	C-EDD	13/07/2026[36W 1D]

Fetal doppler

Middle Cerebral Artery PI	1.64	● (33%)
Umbilical Artery PI	0.8	● (31%)
Ductus Venosus PI	0.6	● (45%)
Cerebroplacental ratio	2.05	● (34%)
MCA PSV MOM	PSV : 59 MOM : 1.1	

Impression

Single intrauterine gestation corresponding to a gestational age of 36 Weeks 1 Day
 Gestational age assigned as per biometry (CRL) on 25/11/2025 (previous scan)
 Menstrual age 36 Weeks 6 Days
 Corrected EDD 13-07-2026
 Placenta - Anterior
 Presentation - Cephalic
 Liquor - Normal
 Estimated fetal weight according to BPD,HC,AC,FL :- 3022 + / - 302.2 gms.
Prominent lateral ventricles measuring 8.6 mm

Middle cerebral artery PSV falls at less than 1.5MoMs. No evidence of fetal anemia in the present scan.

Doppler study:

Umbilical artery-Normal flow
 Middle cerebral artery-Normal flow
 Ductus venosus-Normal flow

As compared to previous scan,interval growth appears maintained.


 DR. J. MURALI MBBS, DNB, RD, FRCR, PhD FICR
 Senior Radiologist and Fetal Medicine

Dr.J.MURALI MBBS,DNB,RD,FRCR,Phd FICR
 Senior Radiologist and Fetal Medicine


 DR JAYALAKSHMI MBBS DMRD
 Radiologist and Fetal Medicine

Fetal Medicine Report



BirthRight™

BY RAINBOW HOSPITALS

Your Right to a Safe Delivery

Patient name	Mrs. HEMAMALINI	Age/Sex	24 Years / Female
Patient ID	GUC00085701	Visit no	5
Referred by	Dr. MATHANGI RAJAGOPALAN	Visit date	16/06/2026
LMP date	01/10/2025, LMP EDD: 08/07/2026[36W 6D]	C-EDD	13/07/2026[36W 1D]

Disclaimer

This is a growth scan and at this gestational age it is not possible to rule out or visualize all fetal anomalies as the fetal position may not be conducive to imaging of all parts of the fetus. Ultrasound examination has limitations due to maternal factors like amount of liquor, obesity, previous scar, fetal position, late appearance of fetal anomalies, multiple pregnancy. Ultrasound findings are bound to change as the fetus develops.