



कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पताल, पिण्या, बेंगलूर - 560 022

EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION HOSPITAL
PEENYA, BENGALURU - 560 022.

(Under Ministry of Labour & Employment, Govt. of India)

एम.आर.डी. नं. MRD No.

MRD No. []

दाखिला एवं सारांश रिकार्ड / Admission & Summary Records IP Family

ओ.पी.डी. संख्या O.P.D. Ref. No.	युनिट / Unit	वार्ड / Ward	बीमा नं./Ins. No.		
रोगी नाम / Patient Name	आयु / Age	लिंग / Sex	वैवाहिक स्तर Marital Status	धर्म / Religion	व्यवसाय / Occupation
पिता पति का नाम Father / Husband's Name			निकटतम संबंधि का पता व टेलिफोन नं Next to Kin's Address & Telephone No.		
पता / Address :					

दाखिले की तारीख एवं समय Date & Time of Admission	छुटी की तारीख एवं समय Date & Time of Discharge	अस्पताल में कितने दिन रहा Hospital Inpatient Stay Days	Dispensary औषधालय Branch Office शाखा कार्यालय Employee Code नियोक्ता संख्या
अनंतिम निदान Provisional Diagnosis			ICD Code No. आई सी डी कोड संख्या
अन्तिम निदान / Final Diagnosis साफ अक्षरो में / (In Block Letters)			
दूसरे क्रम का निदान / Secondary Diagnosis साफ अक्षरो में / (In Block Letters)			
शल्य क्रिया और तारीख Operation & Date साफ अक्षरो में / (In Block Letters)			

परिणाम / Result	छुटी की स्थिति या अन्य कारण / 48 घंटे अन्दर मृत्यु / 48 घंटे के बाद मृत्यु निर्देश अस्पताल Discharge Alive () Otherwise () Died Under 48 Hrs. () Over 48 Hrs. () Referred to () LAMA ()	शव परीक्षा Autopsy
मृत्यु का कारण / Cause of Death	प्रत्यक्ष कारण / Direct Cause	क A)
साफ अक्षरो में / (In Block Letters)	अन्तर्निहित कारण Underlying Causes	ख B) ग C)
मामले का अन्तिम सारांश Final Case Summary		

IN CASE OF DEAD FOR RELEASE OF DEAD BODY

मृत्यु का शव प्रेषण

रोगी के परिवार	गृहस्थ / House Surgeon	आई एम ओ पंजीयक	युनिट के प्रधान / Head of Unit
----------------	------------------------	----------------	--------------------------------

चिकित्सा और या शाल्य उपचार के लिए प्राधिकार
AUTHORIZATION FOR MEDICAL AND/OR SURGICAL TREATMENT

किसी प्रकार के दिनान की जांच, बायप्सी प्रत्यारोपण, चिकित्सा या औप्रेशन तथा इस अस्पताल में दाखिल के समय किसी प्रकार के निश्चेतन के लिए जैसी भी सलाह हो, के निष्पादन के लिए अनुमति दी जाती है।

Consent / Permission is hereby given for examination, diagnostic procedure, biopsy, transfusion Medical treatment Operation and administration of anaesthetic as may be deemed advisable during the course of this hospital admission.

ಈ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾತಿಯಾಗಿರುವಾಗ ನನಗೆ ನನ್ನ ಭಾಷೆಯು ವಿವರಿಸಿದಂತೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಔಷಧಿ ಮತ್ತು ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ನೀಡಲು ನಾನು ವಿನಂತಿಸುತ್ತೇನೆ./ಅನುಮತಿ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

रोगी / रोगी के सम्बन्धी के हस्ताक्षर
Signature of Patient / Relative.....

रोगी से सम्बन्ध
Relationship : M/F/S/D/H/W

साक्ष्य तारीख
Witness Date

छुट्टी के लिए जिम्मेवारी से छुट्टी
RELEASE FROM RESPONSIBILITY FOR DISCHARGE

उपकार करने वाले चिकित्सक की सलाह के साथ विरुद्ध में अस्पताल छोड रहा हूँ। इस प्रकार की छुट्टी से होने वाले किसी दुष्परिणा सभी जिम्मेदारियों के लिए श्पताल जिम्मेवार नहीं है।

I am leaving / taking away the patient from the hospital with/against the advice of the Attending Physician Surgeon. Hospital is absolved from all responsibilities for any ill effects which may result from such discharge.

रोगी / रोगी के सम्बन्धी के हस्ताक्षर
साथ दिनांक और समय
Signature of Patient / Relative.....
With Date & Time

रोगी से सम्बन्ध
Relationship :

साक्ष्य तारीख
Witness Date

IN CASE OF DEAD FOR RELEASE OF DEAD BODY
मृतक शरीर का निर्मोचन