



# ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ ಕಡ್ಡಾಯ ಜೀವ ವಿಮೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ವರದಿ

1. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ರೆಫರೆನ್ಸ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ:

ಮನವಿದಾರರ ಹೆಸರು :

ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ:

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ

ಪಿನ್:

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಈಗಿನ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು:

2. ಮನವಿದಾರರ ಎತ್ತರ :

ಮನವಿದಾರರ ತೂಕ :

ನಾಡಿ ಮಿಡಿತದ ದರ(ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ) :

ಉಸಿರಾಟದ ವೇಗ (ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ) :

ರಕ್ತ ಒತ್ತಡ	ಕುಗ್ಗಿದಾಗ	ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ	ನಾಡಿ ಒತ್ತಡ	ಸೂಚನೆ
i).				
ii).				

**ವಿ.ಸೂ.** ಸಂಕೋಚನಗೊಂಡ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 140 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 90 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ. ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ 5 ನಿಮಿಷಗಳ ನಂತರ ನೆಟ್ಟಗಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ (ರೀಡಿಂಗ್) ಅಳತೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

3. ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರು ಉತ್ತರಿಸುವುದು:

ಅ) ಮನವಿದಾರರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದರೇ?

ಆ) ಅಪಘಾತಕ್ಕೆ ಈಡಾಗಿದ್ದರೇ?

ಇ) ಅವರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಂ, ಇ.ಇ.ಜಿ, ಕ್ಷಕಿರಣ, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂ.ರ್.ಐ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಅಗೋಚರ ಕಿರಣ ದರ್ಶಕದ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ) ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಅವರು ಯಾವುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ (ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆ 4 ರಿಂದ 15 ರವರೆಗಿನ) ಉತ್ತರ 'ಹೌದು' ಎಂದಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ವಿವರ ಕೊಡಿ(ಆರೋಗ್ಯ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪೂರಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಪ-ಲೋಡ್ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

	ಹೌದು ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿ	ಪೂರ್ಣ ವಿವರ
4.ಎದೆ, ಹೃದಯ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಯಾವುದಾದರೂ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
5.ಹಲ್ಲು, ಒಸಡು, ನಾಲಿಗೆ, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಗಂಟಲು ಅಥವಾ ಕಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಚಿಹ್ನೆ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
6.ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಕೊರತೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಾರವಿದೆಯೇ? ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಸೋರುವಿಕೆ, ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಅಥವಾ ದುಗ್ಗು ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಗಾಯದ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆಗಳಿವೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
7.ಲಿವರ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪ್ಲೀನ್ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
8.ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಸಹಜತೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
9. ಹರ್ನಿಯಾ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	

10. ಜನನಾಂಗ, ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಹಜತೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆ ಏನಾದರೂ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
11. ನರವ್ಯೂಹಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಯಾವುದಾದರೂ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
12. ಮನವಿದಾರರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
13. ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಆದ ಗಾಯದ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
14. ಮನವಿದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಕಂಡುಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
15. ಈ ಕಾಲಂ ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ: ಅ) ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆಯೇ? ಆ) ಗರ್ಭ ಧರಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸುಳಿವು ಅಥವಾ ಸಂಶಯ ನಿಮಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆಯೇ? ಆಗಿದ್ದರೆ ಅವಧಿ ತಿಳಿಸಿ ಇ) ಜೈವಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಶಯ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಕೋಶದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಗುರುತಿಸುವಿರಾ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	
16. ಮನವಿದಾರರ ಜೀವವನ್ನು ಉತ್ತಮವೆಂದು ನೀವು ಪರಿಗಣಿಸುವಿರಾ? ಹಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ	

### ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು

ಕೆಜಿಐಡಿ ನಂ.

ಕೆಎಂಸಿ / ಐಎಂಸಿ

ವೈದ್ಯರ

ಕೋಡ್

ಹೆಸರು

ಹುದ್ದೆ

ಕಛೇರಿಯ

ಕಛೇರಿಯ ಸ್ಥಳ

ಹೆಸರು

### ಮನವಿದಾರರು ಮಹಿಳೆಯಾಗಿದ್ದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರೆ

ಮನವಿದಾರರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮತಿ

ಆದ ನಾನು ಸಹಾಯ

ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

ಸೂಲಗಿತ್ತಿ/ನರ್ಸ್/ದಾದಿಯ ಸಹಿ

ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

## ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:

- 1) ಮನವಿದಾರರು 40 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಂತು ರೂ.1000/- ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆಯ ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮನವಿದಾರರನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
- 2) ಮನವಿದಾರರನ್ನೂ ಅವರ ಮಾದರಿ ಸಹಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇರೆಗೆ ಖಾತರಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಸವಿವರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ಪಷ್ಟ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವರದಿಯನ್ನು ಇಲಾಖೆಗೆ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- 3) ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಹಿಯೊಂದಿಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಶಾಯಿಯಿಂದ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಬರೆಯತಕ್ಕದ್ದು.

## ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಮನವಿದಾರರನ್ನು ಈ ದಿನ ನಾನೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನನ್ನ ಕೈಬರಹದಲ್ಲಿಯೇ ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಕಾಲಂ 3ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ  
ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ

ವೈದ್ಯರ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವಾ ಅವಧಿ  
(ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ಸಹಿ,  
ಮೊಹರು ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ