



# KIDNEY FEDERATION OF INDIA

1st Floor, Pallithamam Shopping Complex,  
Near North Bus Stand, Thrissur 680 020.

Tel: 0487 2322999, 2323888 e-mail: kidneyfederationofindia@gmail.com  
Websites: www.kidneyfed.com

## TRANSPLANTATION REGISTRATION FORM

### PATIENT

1. Name .....
2. Address : .....
- .....  
District ..... Panchayath ..... PIN .....
- Phone ..... Mobile .....
3. Age ..... Date of Birth ..... Sex : Male / Female .....
4. Whether Donor is identified .....
5. Patient's Details ..... Patient's Occupation .....
- Relationship with Donor (If any) .....
6. Details of Nearest Relatives .....
- Husband ..... Tel ..... Wife .....
- Father ..... Tel ..... Mother .....
- Son ..... Tel ..... Daughter .....
7. Other Details
8. Name of Doctor ..... Tel .....
- Name & Address of Hospital .....
- Recommendation of Medical Board .....
9. Ration Card : APL  BPL
10. Karunya Fund : Yes  No
11. Aroghya Insurance : Yes  No
12. Details of Dialysis Started (Write Date) .....
- No. of dialysis so far ..... No. of dialysis done / week .....
- 13 Any reported health problems for donor .....

Affix Recent  
Passport Size  
Photo

### DONOR

1. Name .....
2. Address : .....
- .....  
Panchayath ..... District .....
- PIN ..... Phone ..... Mobile .....
3. Age ..... Date of Birth ..... Sex : Male / Female .....

<u>PATIENT</u>	<u>DONOR</u>
Name : .....	Name : .....
Blood group : .....	Blood group : .....
e-mail : .....	e-mail : .....

Date

Name

Signature



# കിഡ്നി ഫെഡറേഷൻ ഓഫ് ഇന്ത്യ

1st ഫ്ലോർ, പള്ളിത്താമരം ഷോപ്പിംഗ് കോംപ്ലക്സ്,  
വടക്കേ സ്റ്റാൻറിനു സമീപം, തൃശൂർ - 680 020.

Tel: 0487 2322999, 2323888 e-mail: kidneyfederationofindia@gmail.com

Websites: www.kidneyfed.com

## ട്രാൻസ്പ്ലാന്റേഷൻ രജിസ്ട്രേഷൻ ഫോം

### രോഗി

1. പേര് : .....
2. അഡ്രസ്സ് : .....
- ജില്ല ..... പഞ്ചായത്ത് ..... പിൻ .....
- ഫോൺ ..... മൊബൈൽ .....
3. വയസ്സ് ..... ജനന തീയതി ..... ലിംഗം പു / സ്ത്രീ .....
4. വൃക്കഭാരതാവിനെ കിട്ടിയിട്ടുണ്ടോ .....
5. രോഗിയുടെ വിവരങ്ങൾ ..... രോഗിയുടെ ജോലി .....
- വൃക്കഭാരതാവുമായുള്ള ബന്ധം .....
6. അടുത്ത ബന്ധുക്കളുടെ വിവരങ്ങൾ .....
- ഭർത്താവ് ..... ഫോൺ ..... ദാമ്യ .....
- പിതാവ് ..... ഫോൺ ..... മാതാവ് .....
- മകൻ ..... ഫോൺ ..... മകൾ .....
7. **മറ്റു വിവരങ്ങൾ**
8. ഡോക്ടറുടെ പേര് ..... ഫോൺ .....
- ആശുപത്രിയുടെ പേരും അഡ്രസ്സും .....
9. മെഡിക്കൽ ബോർഡിന്റെ ശുപാർശകൾ .....
10. റേഷൻ കാർഡ്                      APL       BPL
11. കാരുണ്ണ ഫണ്ട്                      ഉണ്ട്       ഇല്ല
12. ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ്              ഉണ്ട്       ഇല്ല
13. ഡയാലിസിസ് എന്ന് തുടങ്ങി .....
- എത്രയെണ്ണം കഴിഞ്ഞു ..... ആഴ്ചയിൽ എത്ര .....
14. ദാതാവിന് എന്തെങ്കിലും ആരോഗ്യപ്രശ്നമുണ്ടോ .....

പാസ്‌പോർട്ട്  
സൈസ് ഫോട്ടോ  
ഒട്ടിക്കുക

### ദാതാവ്

1. പേര് : .....
2. അഡ്രസ്സ് : .....
- പഞ്ചായത്ത് ..... ജില്ല .....
- പിൻ ..... ഫോൺ ..... മൊബൈൽ .....
3. വയസ്സ് ..... ജനന തീയതി ..... ലിംഗം പു/സ്ത്രീ .....

<b>രോഗി</b> പേര് : ..... രക്തഗ്രൂപ്പ് : ..... ഇ - മെയിൽ : .....	<b>ദാതാവ്</b> പേര് : ..... രക്തഗ്രൂപ്പ് : ..... ഇ - മെയിൽ : .....
--	--