



Phone ☎: 0471 2557227 (office)
e-mail ✉: registrar.ksmc@kerala.gov.in
www.medicalcouncil.kerala.gov.in
Address: Redcross road, Thiruvananthapuram,
Kerala, India-695035

THE COUNCIL OF MODERN MEDICINE
KERALA STATE MEDICAL COUNCILS
കേരള സംസ്ഥാന മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽസ്

- Complainants filing complaint(s) against Modern Medicine doctor(s) in connection with professional ethics are to use the appropriate prescribed format as given below.
- മോഡേൺ മെഡിസിൻ ഡോക്ടർമാരുടെ മെഡിക്കൽ നൈതികതയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പരാതി നൽകാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്ന പരാതിക്കാരൻ താഴെ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഫോം ഉപയോഗിക്കണം.

Proforma for submitting complaints against Modern Medicine doctors.
മോഡേൺ മെഡിസിൻ ഡോക്ടർമാർക്ക് എതിരെ പരാതി സമർപ്പിക്കാനുള്ള ഫോം.

1. Name of the Complainant: _____
(പരാതിക്കാരന്റെ പേര്)
(In Block Letters)

- Address (വിലാസം): _____

- Taluk (താലൂക്ക്) _____ District (ജില്ല) _____
- State (സംസ്ഥാനം) _____
- Pin code (പിൻകോഡ്) _____
- Telephone No (ഫോൺ നമ്പർ) _____(O)
_____(R)
- Mobile No. (മൊബൈൽ നമ്പർ) _____
- E-Mail address (ഇ-മെയിൽ വിലാസം)

- Identity Card (തിരിച്ചറിയൽ രേഖ)

(With copy/പകർപ്പ് സഹിതം)

2. Particulars of the doctor(s) against whom Complaint is lodged.

(പരാതിയിൽ ഉന്നയിച്ചിരിക്കുന്ന ഡോക്ടർ (ഡോക്ടർമാർ)ുടെ വിവരങ്ങൾ)

A. Name of the Doctor (ഡോക്ടറുടെ പേര്): _____
Reg. No. (If available) (രജി.നം. ലഭ്യമാണെങ്കിൽ) _____

- Please mention, if suspected as a fake Doctor
(വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നതിൽ രേഖപ്പെടുത്തുക)
വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നു/വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നില്ല.

B. Name of the Doctor(ഡോക്ടറുടെ പേര്): _____

Reg. No. (If available) (രജി.നം. ലഭ്യമാണെങ്കിൽ) _____

- Please mention if suspected as a fake Doctor
(വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നതിൽ രേഖപ്പെടുത്തുക)
വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നു/വ്യാജ ഡോക്ടർ ആയി സംശയിക്കുന്നില്ല.

If the complaint is against more doctors add as annexure (with signature)
കൂടുതൽ ഡോക്ടർമാർക്കെതിരെ പരാതിയുണ്ടെങ്കിൽ അനുബന്ധമായി
ചേർക്കാവുന്നതാണ്(ഒപ്പോടുകൂടി)

3. Name of the Clinic/Hospital (ക്ലിനിക്/ആശുപത്രിയുടെ പേര്):

- Address (വിലാസം): _____

- Pin code (പിൻകോഡ്) _____
- Telephone No (ഫോൺ നമ്പർ) _____
- Mobile No. (മൊബൈൽ നമ്പർ) _____
- E-Mail address (ഇ-മെയിൽ വിലാസം) _____

4. Date of the incident on which the complaint is raised _____

(പരാതിക്കാസ്പദമായ വിഷയം നടന്ന തീയതി)

5. Nature of the complaint /allegations in brief

(പരാതിയുടെ സ്വഭാവം/ആരോപണങ്ങൾ ചുരുക്കത്തിൽ)

If the complaint is too lengthy please add as Annexures (with signature)
 പരാതിക്ക് കൂടുതൽ ദൈർഘ്യം ഉണ്ടെങ്കിൽ അനുബന്ധമായി (ഒപ്പോടുകൂടി) ചേർക്കാവുന്നതാണ്

6. Available relevant documents to be provided along with the complaint.

(പരാതിയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട പ്രസക്തമായ രേഖകളു് ഉണ്ടെങ്കിൽ ചേർക്കുക)

a)

b)

c)

d)

7. Did you file any similar complaint before any Commission/Govt. Department?

(ഇതേ പരാതി മറ്റേതെങ്കിലും കമ്മീഷനിൽ/ഗവണ്മെന്റ് ഡിപാർട്ട്മെന്റിന് നൽകിയിട്ടുണ്ടോ?

Yes/No

ഉണ്ട് /ഇല്ല

8. If "Yes", provide details (ഉണ്ട് എങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക)

8. Did you lodge a related complaint in the Police department or filed a case before a Court/Consumer Court/Consumer forum etc.?

(ഇതേ വിഷയവുമായി ബന്ധപ്പെട്ട് പോലീസ് ഡിപാർട്ട്മെന്റിൽ പരാതിയോ, കോടതിയിൽ/ഉപഭോക്തൃ കോടതി/ ഉപഭോക്തൃ ഫോറത്തിൽ കേസുകളോ ഫയൽ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?

Yes/No

ഉണ്ട് /ഇല്ല

9. If "Yes", provide details (ഉണ്ട് എങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക)

Date (തീയതി)

Place (സ്ഥലം)

Signature of the complainant

(പരാതിക്കാരന്റെ ഒപ്പ്)

Declaration (സത്യവാങ്മൂലം)

I, _____ do hereby solemnly affirm and state that the contents of the above complaint are true and correct to the best of my knowledge and belief, and nothing has been concealed therein.

ഞാൻ, _____ മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന പരാതിയുടെ ഉള്ളടക്കം എന്റെ അറിവിന്റെയും വിശ്വാസത്തിന്റെയും അടിസ്ഥാനത്തിൽ ശരിയായതും യഥാർത്ഥവുമാണ്. പ്രസക്തമായ യാതൊരു കാര്യവും ഇവിടെ മറച്ചുവെച്ചിട്ടില്ല, എന്ന് ഉറപ്പുനൽകുന്നു.

Date (തീയതി)
Place (സ്ഥലം)

Signature of the complainant
(പരാതിക്കാരന്റെ ഒപ്പ്)

Instructions for Filing Complaints / പരാതി സമർപ്പിക്കുന്നതിനുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

1) Complaint Format

- Complaints not in the prescribed format/form may be rejected. (നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിൽ അല്ലാത്ത പരാതികൾ നിരസിക്കപ്പെടും).
- The Complaint form should be properly, neatly and carefully filled in and sent.
(പരാതി ഫോം ശരിയായി, നന്നായി, ശ്രദ്ധാപൂർവ്വം പൂരിപ്പിച്ച് അയക്കണം).
- Incomplete applications will not be entertained (ശരിയായി പൂരിപ്പിക്കാത്ത അപേക്ഷകൾ സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല)

2) Enclosures required

- a) Statement of allegations.
- b) Supporting documents (treatment records, reports).
- c) Identity proof of complainant.
- d) Doctor's registration details (if available).
 - a) വിശദമായ കുറ്റാരോപണം.
 - b) അനുബന്ധ രേഖകൾ (ചികിത്സാ രേഖകൾ, റിപ്പോർട്ടുകൾ.)
 - c) പരാതിക്കാരന്റെ തിരിച്ചറിയൽ രേഖ.
 - d) ഡോക്ടറുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ (ലഭ്യമാണെങ്കിൽ).

3) Submission

- Send by Registered/Speed Post to:
 - **The Registrar, Council of Modern Medicine, Kerala State Medical Councils, Red Cross Road, Thiruvananthapuram - 695035**
 - Or Submit in person. Complaints through E-mail/WhatsApp will not be entertained.
- (രജിസ്റ്റർ പോസ്റ്റ് / സ്പീഡ് പോസ്റ്റ് മുഖേന അയയ്ക്കുക, അല്ലെങ്കിൽ നേരിട്ട് കൗൺസിൽ ഓഫീസിൽ സമർപ്പിക്കുക. ഇ-മെയിൽ / വാട്ട്സ്ആപ്പ് മുഖേന ലഭിക്കുന്ന പരാതികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല).

4) Processing of Complaints

- Only valid complaints after scrutiny, will be referred to the Ethics Committee of Council of Modern Medicine.
- പരാതികൾ പരിശോധിച്ച് സാധുവായവ മാത്രം എത്തിക്സ് കമ്മിറ്റിക്ക് കൈമാറും.

5) Limitation Period

- Complaints are to be filed within 1 year, preferably. Delayed complaints may be entertained only with sufficient cause established.
- പരാതികൾ 1 വർഷത്തിനകം സമർപ്പിച്ചിരിക്കണം. താമസിച്ചുള്ള പരാതികൾ തക്ക കാരണം തെളിയിക്കുമ്പോൾ മാത്രം പരിഗണിക്കുന്നതാണ്.

6) Notes:

- Anonymous/pseudonymous/vague complaints will not be normally entertained. പേരില്ലാത്ത/വ്യാജ പേരുപയോഗിച്ചുള്ള/അവ്യക്തമായ പരാതികൾ സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല.

- With effect from 01-11-2025, complaints only in the prescribed format with all enclosures will be accepted.
- 01-11-2025 മുതൽ നിർദ്ദിഷ്ട മാതൃകയിൽ ആവശ്യമായ രേഖകളോടുകൂടി സമർപ്പിക്കുന്ന പരാതികൾ മാത്രമേ സ്വീകരിക്കുകയുള്ളൂ.