

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Şirketi : Provizyon No :
Provizyon/İrtibat Numaraları Telefon : (.....) : Faks : (.....) :

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
	Sigortalının Adı-Soyadı :			
Doğum Tarihi :/..../.....			Cinsiyet : <input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan	
Polİçe No :			Kart / Müşteri No :	
TC Kimlik No :			İrtibat Tlf(Ev/GSM) :	
Adres :				
E-Posta Adresi :				
Başvuru Tarihi :/..../.....			Planlanan Yatış/Çıkış Tarihi :/..../.....	

Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri

Doktor : İlaç :
Röntgen : Sarf Malzeme :
Laboratuvar : Diğer (Açıklayınız) :
Toplam :

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikâyeti / Öyküsü :	
	Şikâyetin Başlangıç Tarihi :	(Hamile ise SAT):/..../.....
	Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı) :	
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar :	
	Fizik Muayene Bulguları :	
	Tetkikler / Sonuçları :	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Cerrahi Yatış <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Adli Vaka <input type="checkbox"/> Dahili Yatış <input type="checkbox"/> Gebelik
Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Ön Tanı / Tanı :	ICD 10 :
	Planlanan Tedavi / İşlem :	

Doktor Adı-Soyadı :
Uzmanlık Dalı :
İrtibat Telefonu :
İmza / Kaşe :
Operator :
Anestezi :
Asistan :
* Doktor ve / veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar poliçe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı
Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.
Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı :
Tarih : İmza :