

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم خواهشمنداست این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد / مراکز تابعه

تحویل فرمایید .

به فرم هایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار : _____ تاریخ تولد: (روز / ماه / سال) _____ شماره شناسنامه : _____</p> <p>تاریخ شروع: _____ پوشش بیمه : _____ ساکن شهرستان : _____ نسبت با بیمه شده اصلی : _____</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی : _____ شماره شناسنامه : _____</p> <p>نام پدر : _____ تاریخ تولد: (روز / ماه / سال) _____ در تاریخ : _____ استخدام و از تاریخ : _____ تحت پوشش _____</p> <p>صندوق تامین هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است . نام وی در صفحه: _____ ردیف: _____</p> <p>صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است . ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p style="text-align: center;">امضاء بیمه شده اصلی : _____ تاریخ و مهر و امضاء واحد</p>
توسط پزشک معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم / آقای: _____ به شماره شناسنامه: _____ نام پدر: _____ تاریخ تولد: _____</p> <p>توسط اینجانب: دکتر _____ به شماره نظام پزشکی: _____ ساکن شهرستان: _____ تلفن: _____</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان: _____ شهرستان: _____ معرفی گردیده است .</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می باشد <input type="checkbox"/> / نمی باشد <input type="checkbox"/> .</p> <p style="text-align: center;"> نوع عمل جراحی : کد جراحی : </p> <p style="text-align: center;">(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج</p>
توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمایید.	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم / آقای : _____ به شماره شناسنامه : _____ محل صدور: _____</p> <p>در تاریخ : _____ طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر _____ بعثت ابتلاء به بیماری / حادثه: _____</p> <p>به این بیمارستان معرفی و از تاریخ : _____ لغایت : _____ به مدت : _____ روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق _____</p> <p>صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ : _____ ریال (به حروف : _____ ریال)</p> <p>از وی دریافت گردیده است .</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان : _____ مهر و امضاء مجاز بیمارستان</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده بعثت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد.</p>	