

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
Police 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	:

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikâyeti / Öyküsü	:	
	Şikâyetin Başlangıç Tarihi	:	(Hamile İse 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
	Ön Tanı / Tanı	:	ICD 10 :
Planlanan Tedavi / İşlem	:		

Doktor Adı-Soyadı	:		Operatör	:
Uzmanlık Dalı	:		Anestezi	:
İrtibat Telefonu	:	<input type="checkbox"/> Anlaşmalı <input type="checkbox"/> Anlaşmasız (*)	Asistan	:
İmza / Kaşe	:		* 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 :