

## 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:	
	T.C. 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 Şikayeti / Öyküsü:	
	Şikayetin Başlangıç Tarihi:	(Hamile İse SAT): ..... / ..... / .....
	Daha önce aynı şikayet / 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
	Ön Tanı / Tanı:	<input type="checkbox"/> Adli Vaka <input type="checkbox"/> Dahili Yatış <input type="checkbox"/> Gebelik
Planlanan Tedavi / İşlem:	ICD 10:	

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