

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 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 :

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 :	Operator :
Uzmanlık Dalı :	Anestezi :
İrtibat Telefonu :	Asistan :
İmza / Kaşe :	* Doktor ve / veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.
<input type="checkbox"/> Anlaşmalı	
<input type="checkbox"/> Anlaşmasız (*)	

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 :