



# ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Dokuman No	POL.FR.11
Yayın Tarihi	08.07.2014
Rev.No	00
Rev.Tarihi	
Sayfa No	1/1

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
Çevre Hastanesi		(0212) 274 69 25	(0212) 275 94 26
Sigortalının Adı-Soyadı	:		
Doğum Tarihi	: ...../...../.....	Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan
Poliçe 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	:
	Şikâketin 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	:	<input type="checkbox"/> Anlaşmalı	Operatör	:
Uzmanlık Dalı	:	<input type="checkbox"/> Anlaşmasız (*)	Anestesi	:
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 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 :