

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tektik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Birliği : Allianz Sigorta A.Ş. Provizyon No :  
 Provizyon İrtibat Numaraları Telefon : (.....) - ..... Faks : (.....) - .....

Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Kısm			
Sigortalının Adı-Soyadı :			
Doğum Tarihi :	Cinsiyet :	<input type="checkbox"/> Bay	<input type="checkbox"/> Bayan
Police No :	Kart / Müşteri No :		
TC Kimlik No :	İrtibat Tif(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 hikayeti / Öyküsü :			
	Hikayetin Başlangıç Tarihi :	(Hamile ise SAT) :		
	Daha önce aynı hikayet/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 <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 Birliği 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 birliği ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı  
 Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta birliğinin 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 :

Provizyon İçin :

Tel : 0216 556 74 10

Fax : 0216 556 46 10

09/2011