

# 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	
Polçe 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 polçe 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 :