

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد لامرد تحویل فرمائید. به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود.	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ تولد روز	ماه	سال	شماره شناسنامه	تاریخ شروع
	پوشش بیمه	ساکن شهرستان	نسبت با بیمه شده اصلی			
	گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی شماره شناسنامه					
	نام پدر	تاریخ تولد روز	ماه	سال	در تاریخ	استخدام و از
	تحت پوشش صندوق هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده					
	است. نام وی در صفحه	ردیف	صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده			
	بیماری / حادثه بوده است.					
	امضاء بیمه شده اصلی :			تاریخ و مهر امضاء واحد:		
توسط پزشک معالج تکمیل شود.	گواهی می شود خانم / آقای		به شماره شناسنامه		نام پدر	تاریخ تولد
	توسط اینجانب دکتر		به شماره نظام پزشکی		ساکن شهرستان	تلفن
	جهت بستری شدن به بیمارستان		شهرستان		معرفی گردیده است.	
	علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد.					
	نوع عمل جراحی:		کد جراحی:			
	(باتوجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود.)					
	مهر و امضاء پزشک معالج:					
توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید.						
توسط بیمارستان تکمیل شود.	گواهی می شود خانم / آقای		به شماره شناسنامه		محل صدور	در تاریخ
	طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر		بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه		روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت	
	به این بیمارستان معرفی و از تاریخ		بمدت	لغایت	ریال (بحروف)	
	حسابهای پیوست جمعاً مبلغ		ریال از وی			
	دریافت گردیده است.					
	درجه ارزشیابی بیمارستان :		مهر و امضاء مجاز بیمارستان:			
با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می باشد، لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود.						
در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده، مدرک مستند مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد.						