



سازمان تامین اجتماعی  
فرم نمونه شماره ۴

فرم استعلام از پزشک معالج  
بازماندگان بیمه شدگان اصلی متوفی

متقاضیان شرکت در کمیسیون های پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی  
شماره ثبت :

شماره درخواست :

تاریخ درخواست :

سرکار خانم / آقای دکتر تست تست

متخصص محترم

نظر به اینکه آقا / خانم

به شماره ملی

فرزند

تاریخ تولد

شاغل در کارگاه ..... دارای شغل ..... بر اساس گواهی صادره توسط آن جناب بعنوان

پزشک معالج مبادرت به درخواست از کارافتادگی نموده لذا خواهشمند است در صورت تایید درخواست وی اطلاعات مندرج درجدول زیر را تکمیل نمایید.

ضمناً چنانچه تخصص جنابعالی با انجام اقدامات درمانی و توانبخشی تکمیلی جهت علاج بیماری نامبرده مرتبط نمی باشد و یا دوره درمانی کافی را جهت علاج بیماری طی نکرده باشد، از تکمیل فرم و معرفی مشارالیه اجتناب فرمائید.  
سازمان تامین اجتماعی



۱- عنوان تشخیص قطعی بیماری یا عارضه :

۲- اولین تاریخ مراجعه به جنابعالی: ..... ۳- به استناد ..... تاریخ علامت دار شدن بیماری: ..... می باشد.  
۴- تاریخ پیدایش علائم ناتوانی در انجام کار: .....

۵- آیا زمان لازم برای مشخص شدن وضعیت پاسخ به درمان طی شده ☐ بلی ☐ خیر  
۶- وضعیت پاسخ به درمان: ☐ بهبودی نسبی ☐ نیاز به ادامه درمان به مدت .....

۷- خلاصه اقدامات توانبخشی و درمان های انجام شده توسط جنابعالی :

۸- در خصوص عوارض بیماری فوق نیاز به بر ☐ می متخصص دیگری نمی ☐ بد. متخصص ..... می باشد.

۹- مستندات پاراکلینیکی مبنی بر تشخیص بیماری :

۱۰- آیا اقدامات درمانی و توانبخشی پیشنهادی جنابعالی برای آینده بیمار (مصرف دارو، عمل جراحی، تغییر شرایط شغلی، استراحت پزشکی، تجویز پروتز و ...) تغییری در راستای بهبودی و علاج بیماری خواهی کرد ☐ خیر ☐

اقدامات درمانی و توانبخشی پیشنهادی جنابعالی .....

۱۱- تاثیر بیماری مذکور بر توانائی اشتغال در شغل فوق :

الف ( از کارافتاده کامل شده ومطلقا قادر به ادامه اشتغال نیست. ☐

ب ( بیماری وی مانعی بر ادامه اشتغال در شغل فوق نیست . ☐

توضیح تکمیلی در خصوص این بند: .....

۱۲- توضیحات ضروری :

آدرس و شماره تماس پزشک:

مهر و امضا پزشک معالج :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ تکمیل فرم :