



فرم استعلام از پزشک معالج

افراد تبعی بیمه شدگان/مستمری بگیران اصلی

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

شماره درخواست :

شماره ثبت :

تاریخ درخواست :

سرکار خانم / آقای دکتر

متخصص محترم

نظر به اینکه آقا / خانم

به شماره ملی

فرزند

تاریخ تولد

مبنی بر اینکه نامبرده تحت درمان شما به عنوان پزشک معالج می باشد خواهشمند است در صورت تأیید عدم توانایی انجام کار اطلاعات مندرج در جدول زیر را تکمیل فرمایید.



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- در خصوص عوارض بیماری فوق نیاز به ☐ متخصص دیگری نمی ☐ متخصص می باشد

۵- مستندات پاراکلینیکی مبنی بر تشخیص بیماری :

۶- توضیحات ضروری :

آدرس و شماره تماس پزشک:

مهر و امضا پزشک معالج :

شماره نظام پزشکی :

تاریخ تکمیل فرم :