



سازمان تامین اجتماعی
فرم نمونه شماره ۴

فرم استعلام از پزشک معالج

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

شماره ثبت :

شماره درخواست :

تاریخ درخواست :

سرکار خانم / آقای دکتر

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 در جدول 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 است ؟

۶- وضعیت پاسخ به درمان: ☐ بی نتیجه ☐ 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 بررسی ☐ متخصص دیگری نمی باشد ☐ 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 خواهد کرد ؟

۱۱- چنانچه بیمار به درمانهای انجام شده (مؤثر در بهبودی) پاسخ مناسب نداده و بیماری غیرقابل علاج می باشد، در اینصورت :

الف (منجر به کاهش توانائی انجام کار در حد از کارافتادگی وی شده است. ☐)

ب (بیماری مشارالیه مانعی در ادامه اشتغال وی در شغل فوق الذکر نمیباشد ☐)

۱۲- توضیحات ضروری :

آدرس و شماره تماس پزشک:

شماره نظام پزشکی :

مهر و امضا پزشک معالج :

تاریخ تکمیل فرم :