

Sigortalı

Kart No :

Adı, Soyadı :

Adres :

Tel :

Anlaşmalı Kurum Adı : Dr. Ziya T. GÜNEŞ

Provizyon No :

Kimlik Kontrol :

PERİYODİK MUAYENE KAPSAMINDA KARŞILANACAK İŞLEMLER

LABORATUVAR İŞLEMLERİ

- ☐ HEMOGRAM
☐ SEDİMENTASYON
☐ TAM İDRAR TAHLİLİ
☐ AÇLIK KAN ŞEKERİ
☐ TOTAL KOLESTEROL
☐ HDL KOLESTEROL
☐ LDL KOLESTEROL
☐ KREATİNİN
☐ SGOT
☐ ÜRİK ASİT
☐ PSA
☐ SGPT

RADYOLOJİK İŞLEMLER

- ☐ EKG
☐ PA AC. GRAFİSİ
☐ MAMMOGRAFI/ MEME US

DİĞER İŞLEMLER

EKSTRA İŞLEMLER

KISA KLİNİK BİLGİ

AİLE HEKİMİ
ADI, SOYADI İMZA

Dr. Ziya T. Güneş

KONSÜLTASYON İSTENİLEN BİRİM

SONUÇ

DOKTOR
ADI, SOYADI İMZA

Sağlık Sigortası Poliçemin teminatları dahilindeki Aile Hekimliği kapsamındaki muayene/ tetkik işlemleri hizmetini aldığımı, alacaklısına ödenmesi ile Allianz Sigorta A.Ş.'ni ibra ettiğimi, sağlık bilgilerimi tüm kişi ve kuruluşlardan almaya yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih :/...../20.....