

## ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tektik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Şirketi : Provizyon No  
Provizyon / İrtibat Numaraları Telefon : (.....) - ..... Faks : (.....) - .....

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
	<b>UZM.DR. ZİYA T.GÜNEŞ</b>		<b>(232) 422 00 56</b>	<b>(232) 422 00 56</b>
	Sigortalının Adı Soyadı :			
	Doğum Tarihi :	Cinsiyet :	<input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan	
	Police No :	Kart / Müşteri No :		
	TC Kimlik No :	İrtibat Tlf(Ev/GSM) :		
	Adres :			
	E-Posta Adresi :	.....@.....		
Başvuru Tarihi :	Planlanan Yatış/Çıkış Tarihi : ...../...../.....			

## Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri

Doktor :	İlaç :
Röntgen :	Sarf Malzeme :
Laboratuvar :	Diğer (Açıklayınız) :
Toplam :	

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikayeti / Öyküsü :	
	Şikayetin Başlangıç Tarihi : (Hamile İse SAT): ...../...../.....	
	Daha önce aynı şikayet/hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı) :	
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar :	
	Fizik Muayene Bulguları :	
	Tetkikler / Sonuçları :	Poliklinik Cerrahi Yatış Acil Adli Vaka Dahili Yatış Gebelik
	Ön Tanı / Tanı :	ICD 10 :
Planlanan Tedavi / İşlem :		

Doktor Adı Soyadı : **Dr. Ziya T. GÜNEŞ**  
Uzmanlık Dalı : **Aile Hekimliği Uzmanı**  
İrtibat Telefonu : **(232) 422 00 56**  
İmza / Kaşe

☐ Anlaşmalı  
☐ Anlaşmasız (\*)

Operatör :

Anestezi :

Asistan :

\*Doktor ve/veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar polise özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

## Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı :

Tarih : İmza :