

(Điền đầy đủ tất cả các mục)

MỤC A: CHI TIẾT CỦA BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: _____
Số Hợp đồng: _____ Mã số: _____
Địa chỉ liên lạc: _____
Email: _____
Điện Thoại: _____ Fax: _____

MỤC B: ỦY QUYỀN

Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm hoặc cơ sở y tế nào đã tham gia chăm sóc tôi, cung cấp cho Công ty bảo hiểm (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) và cho phép Công ty bảo hiểm nói trên (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) xem xét bất kỳ và tất cả những thông tin được yêu cầu đối với bất kỳ bệnh tật hoặc tai nạn nào, bệnh sử, hội chẩn, toa thuốc hoặc điều trị và bản sao tất cả hồ sơ của bệnh viện hoặc hồ sơ y tế và hồ sơ của bất kỳ cơ quan nhà nước nào có liên quan đến tai nạn hoặc bệnh tật đó. Tôi đồng ý rằng bản sao chụp của giấy ủy quyền này có giá trị và hiệu lực như bản gốc.

Ngày (ngày/ tháng/ năm)_____
Ký tên
(Bệnh nhân; hoặc cha mẹ nếu bệnh nhân là người vị thành niên)**MỤC C: TƯỜNG TRÌNH CỦA BỆNH NHÂN (hoặc cha mẹ nếu bệnh nhân là người vị thành niên)**

1. Là kết quả của một Tai nạn
 - (a) Tai nạn xảy ra khi nào? _____
Vui lòng mô tả ngắn gọn hoàn cảnh xảy ra tai nạn: _____

(b) Những phần nào của cơ thể bị thương? _____
2. Là kết quả của một Bệnh
Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào? _____

3. Chi tiết thanh toán
 - a. Thanh toán cho Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm
Phương thức thanh toán:
☐ Tiền mặt
☐ Chuyển khoản (Vui lòng điền chi tiết thông tin tài khoản VND dưới đây)
Tên chủ tài khoản: _____
Số tài khoản: _____
Tên ngân hàng: _____
Địa chỉ ngân hàng: _____
 - b. Thanh toán cho bệnh viện/ phòng khám
Đã ký hợp đồng với **Pacific Cross Việt Nam** ? ☐ Có ☐ Không

MỤC D: CAM KẾT

Tôi, ký tên dưới đây, cam kết rằng những khai báo trong đơn này là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp bất cứ thông tin nào được yêu cầu trong đơn này thì có thể dẫn đến việc Công ty không thể xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường này.

Ngày (ngày/ tháng/ năm)_____
Ký tên
(Bệnh nhân; hoặc cha mẹ nếu bệnh nhân là người vị thành niên)

MỤC 1

- (a) Ông/Bà đã chẩn đoán gì đối với các tình trạng của bệnh nhân và chẩn đoán khi nào?
- (b) Nếu yêu cầu nhập viện, vui lòng cho biết chẩn đoán của tình trạng mà phải yêu cầu nhập viện?
- (c) (i) Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào? _____
(ii) Bệnh nhân tham vấn Ông/Bà về tình trạng này lần đầu tiên là khi nào? _____
(iii) Theo hiểu biết của Ông/Bà, Bệnh nhân đã bao giờ có những tình trạng tương tự hoặc có những triệu chứng liên quan đến những tình trạng này trước đó, hoặc đã từng nhập viện vì những rối loạn như thế chưa? Nếu “Có”, vui lòng cho biết ngày và chi tiết _____
(iv) Theo hiểu biết của Ông/Bà, bệnh nhân đã có tham vấn bất kì bác sĩ nào khác trước đó về những triệu chứng này hay chưa? Nếu “Có”, vui lòng cho biết tên và địa chỉ các bác sĩ đó _____
- (d) Triệu chứng có phải là tình trạng thứ cấp của một hoặc vài bệnh khác không? Nếu “Có”, vui lòng cho biết chi tiết _____
- (e) Tình trạng này có được gây ra bởi hoặc bằng cách nào đó có liên quan đến những tình trạng được đề cập ở dưới đây hay không:
- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| (i) Ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc, ma túy hoặc chất cồn? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (ii) AIDS? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (iii) Vô sinh hoặc triệt sản? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (iv) Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (v) Sự rối loạn về thần kinh và tâm thần? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (vi) Các bất thường hoặc dị dạng bẩm sinh? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (vii) Tự tử, mất trí hoặc tự gây thương tích cho mình? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
- (f) Có tình trạng nào được điều trị do
- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| (i) Tai nạn | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (ii) Bệnh hoặc thương tích do công việc của bệnh nhân | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| (iii) Mang thai | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
- Nếu "Có", vui lòng cho biết ngày bắt đầu mang thai là vào khoảng _____

MỤC 2

- (a) Thời gian nằm viện là bao lâu? Ngày nhập viện: _____
Ngày xuất viện: _____
- (b) Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì? _____
- (c) Đối với các yêu cầu bồi thường về phẫu thuật hoặc thai sản
(i) Tên và phương thức phẫu thuật hoặc thủ thuật sản khoa? _____
(ii) Ngày tiến hành: _____
- (d) Báo cáo tóm tắt quá trình điều trị cho tới khi xuất viện _____

MỤC 3

Việc điều trị này có thể thực hiện ngoại trú được không? Nếu “Có”, vui lòng cho biết những lý do vì sao thực hiện nội trú việc điều trị này. _____

Chữ ký và con dấu của Bác sĩ điều trị

Tên và địa chỉ của Bác sĩ điều trị

Ngày (ngày/ tháng/ năm)