

فرم بستری شدن در بیمارستان

تاریخ:

شماره:

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمائید. به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدرک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

<p>توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود</p>	<p>نام و نام خانوادگی بیمار پوشش بیمه شماره شناسنامه تاریخ تولد روز ماه سال تاریخ تولد نام پدر گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی شماره شناسنامه تحت پوشش صندوق هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی در صفحه ردیف صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است.</p> <p>امضاء بیمه شده اصلی: تاریخ و مهر و امضاء واحد:</p>
<p>توسط پزشک معالج تکمیل گردد</p>	<p>گواهی می شود خانم/آقای توسط اینجانب دکتر جهت بستری شدن به بیمارستان علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح ذیل بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می باشد/نمی باشد. نوع عمل جراحی: کد جراحی: (با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج:</p>
<p>توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید.</p>	
<p>توسط بیمارستان تکمیل شود</p>	<p>گواهی میشود خانم/آقای طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر به این بیمارستان معرفی و از تاریخ حسابهای پیوست جمعاً مبلغ دریافت گردیده است.</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان: مهر و امضاء مجاز بیمارستان:</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت بر اساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد.</p>	