

فرم بستری شدن در بیمارستان

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

تاریخ	شماره شناسنامه	سال	ماه	تاریخ تولد روز	نام و نام خانوادگی بیمار	توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود.
					شروع پوشش بیمه	
	شماره شناسنامه	نسبت با بیمه شده اصلی			ساکن شهرستان	
					گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی	
					نام پدر	
					تاریخ تولد روز	
					سال	
					ماه	
					تاریخ تولد روز	
					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.	
					امضاء بیمه شده اصلی	
					تاریخ و مهر و امضا واحد	
					گواهی می شود خانم / آقای	توسط پزشک معالج تکمیل شود.
					توسط اینجانب دکتر	
					جهت بستری شدن در بیمارستان	
					به شماره شناسنامه	
					به شماره نظام پزشکی	
					شهرستان	
					معرفی گردیده است.	
					علت بستری شده و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می باشد / نمی باشد.	
					نوع عمل جراحی:	
					کد جراحی:	
					مهر و امضاء پزشک معالج:	
					((با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص گردد.))	
توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار، کارت شناسایی معتبر استفاده گردد.						
					گواهی می شود خانم / آقای	توسط بیمارستان تکمیل گردد.
					طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر	
					بیمارستان معرفی و از تاریخ	
					پیوست جمعاً مبلغ	
					درجه ارزشیابی بیمارستان:	
					به شماره شناسنامه	
					بعلت ابتلا به بیماری / حادثه	
					به مدت	
					ریال (بحروف)	
					ریال از وی دریافت گردیده است.	
					مهر و امضا مجاز بیمارستان:	
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت بر اساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هر گونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده به علت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه علت و تاریخ وقوع حادثه میبایست پیوست این فرم ارائه گردد.</p>						