

فرم بستری شدن در بیمارستان

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه‌های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهری تحویل فرمائید. به فرم‌هایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود.	نام و نام خانوادگی بیمار	تاریخ تولد روز	ماه	سال	شماره شناسنامه
	تاریخ شروع پوشش بیمه	ساکن شهرستان	نسبت با بیمه شده اصلی		
توسط پزشک معالج تکمیل شود.	گواهی می‌شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی	شماره شناسنامه			
	نام پدر	تاریخ تولدروز	ماه	سال	در تاریخ
	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.				
توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود.	امضاء بیمه شده اصلی	تاریخ و مهر امضاء واحد			
	گواهی می‌شود خانم / آقای	به شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	
توسط پزشک معالج تکمیل شود.	توسط اینجانب دکتر	به شماره نظام پزشکی	ساکن شهرستان	تلفن	
	جهت بستری شدن به بیمارستان	شهرستان	معرفی گردیده است.		
	علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می‌باشد / نمی‌باشد.	کد جراحی:			
	نوع عمل جراحی:	(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود).			
مهر و امضاء پزشک معالج					
توجه: خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید.					
توسط بیمارستان تکمیل شود.	گواهی می‌شود خانم / آقای	به شماره شناسنامه	محل صدور	در تاریخ	
	طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر	به علت ابتلاء به بیماری / حادثه	روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و	ریال	
به این بیمارستان معرفی و از تاریخ					لغایت
طبق صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ					ریال(به حروف)
از وی دریافت گردیده است.					
درجه ارزشیابی بیمارستان:					مهر و امضاء مجاز بیمارستان
با توجه به این که بررسی خسارت بر اساس مندرجات فوق می‌باشد لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتی که 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.					