



شماره:.....

تاریخ:.....

پیوست:.....

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 ایلمخچی تحویل فرمایید. به فرم هایی که ناقص تکمیل شوند 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 :	
	گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی :	شماره شناسنامه :		
	نام پدر :	تاریخ تولد: روز ماه سال	در تاریخ:	استخدام و از 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.				
امضاء بیمه شده اصلی :		تاریخ و مهر امضاء واحد :		
توسط پزشک معالج تکمیل شود	گواهی می شود خانم / آقای:	به شماره شناسنامه:	نام پدر :	
	توسط اینجانب دکتر:	به شماره نظام پزشکی:	ساکن شهرستان :	
	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.			
	نوع عمل جراحی :	کد جراحی :		
(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)				
مهر و امضاء پزشک معالج				
توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده فرمایید.				
توسط بیمارستان تکمیل شود	گواهی می شود خانم / آقای:	به شماره شناسنامه:	محل صدور :	
	طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر:	بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه:	در تاریخ:	
	به این بیمارستان معرفی و از تاریخ :	لغایت:	بمدت:	روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته
	و طبق صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ :	ریال (بحروف) :	ریال	
از وی دریافت گردیده است.				
درجه ارزشیابی بیمارستان :		مهر و امضای مجاز بیمارستان :		
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 بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه ، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد.				