

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

بسمه تعالی



## 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 ورامین - پیشوا تحویل فرمایید . به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی بیمار خانم قدسیه السادات هاشمی دولابی تاریخ تولد ۱۳۴۷/۵/۱۵ شماره شناسنامه ۳۳۲، تاریخ شروع پوشش بیمه ۱۳۸۰/۲/۱۰ ساکن تهران؛ نسبت با بیمه شده اصلی خود به شماره پرسنلی ۲۱۰ در تاریخ ۱۳۷۶/۱۱/۲۶ استخدام و از تاریخ ۱۳۸۷/۵/۱ تحت پوشش صندوق هزینه مازاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری تحت پوشش صندوق مذکور بوده است . نام وی در صفحه ویژه ردیف ۴۸۷-۱۴۳۰ در لیست اسامی بیمه شدگان درج گردیده است . ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p>امضاء بیمه شده اصلی</p> <p>مهر و امضاء مجاز واحد</p> <p>تاریخ :</p>
توسط پزشک معالج تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم / آقای ..... به شماره شناسنامه ..... نام پدر ..... تاریخ تولد ..... توسط اینجانب دکتر ..... به شماره نظام پزشکی ..... ساکن شهرستان ..... تلفن ..... جهت بستری شدن به بیمارستان ..... شهرستان ..... معرفی گردیده است .</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد .</p> <p>نوع عمل جراحی : کد جراحی : (با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج</p>
توجه : خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسایی معتبر استفاده نمایید .	
توسط بیمارستان تکمیل شود	<p>گواهی می شود خانم / آقای ..... به شماره شناسنامه ..... محل صدور ..... در تاریخ ..... طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر ..... به علت ابتلاء به بیماری / حادثه ..... به این بیمارستان معرفی و از تاریخ ..... لغایت ..... به مدت ..... روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت حسابهای پیوست جمعاً مبلغ ..... ریال ( به حروف ..... ریال ) از وی دریافت گردیده است .</p> <p>درجه ارزشیابی بیمارستان :</p> <p>مهر و امضاء مجاز بیمارستان</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارات براساس مندرجات فوق می باشد لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاءکننده خواهد بود . در صورتیکه بیمه شده به علت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدارک مستند مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می بایست پیوست این فرم ارائه گردد .</p>	