

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı:	Sigorta Şirketi Adı:		Provizyon No:	Kurum Kodu:
	Sigortalının Adı Soyadı:	Doğum Tarihi:	Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	
	TCKN/YKN:	Müşteri/Kart No:			
	İrtibat Telefonu:	E-posta Adresi:			
	Başvuru Tarihi:	Planlanan Yatış-Çıkış Tarihi:/..../...../..../.....	

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikâyeti/Öyküsü:			
	Kronik Hastalık ve Başlangıç Tarihi:			
	Şikâyetin Başlangıç Tarihi:/..../.....	(Hamile ise SAT):/..../.....
	Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu/doktorun adı):			
	Özgeçmiş/Kullandığı İlaçlar:			
	Fizik Muayene Bulguları:			
	Tetkikler/Sonuçları:			
	Ön Tanı/Tanı:	ICD 10:		
Planlanan Tedavi/İşlem:				

Doktor Adı Soyadı:	<input type="checkbox"/> Anlaşmalı: <input type="checkbox"/> Anlaşmazlı*:	Operatör:	
Uzmanlık Dalı:		Anestezi:	
İmza-Kaşe/E-imza:		Asistan:	
*Doktor ve/veya ekibi anlaşmazlı ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.			

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi/işlem anlaşması bulunmayan/Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve/veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve/veya ekibine ödenecek tutar polişe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Hastane
uygulamaları/application/karekod
kullanım alanı

Sigortalı/Kanuni Temsilcisinin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu/diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi/belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan/kabul ederim.

Sigortalı/Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı:			
Tarih:/..../.....	İmza:	

(İşbu Hasta Bilgi Formu örneği 01.07.2022 tarihinde güncellenmiştir.)

Türkiye Sigorta AŞ

Büyükdere Cad. No:110
34394 Esentepe - Şişli / İSTANBUL
Mersis No: 0434005698400014
www.turkiyesigorta.com.tr

Müşteri İletişim Merkezi

0 850 202 20 20

Telefon No: Faks No:

0212 355 65 65 0212 355 64 64