

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır. Acil durumlarda ivedilikle tedavi ve ameliyatlarda en az 24 saat önceden provizyon alınmalıdır.

Provizyon/ İrtibat Numaraları Telefon: Provizyon No:

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kurumu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Fax No
	Sigortalının Adı Soyadı :			
	Doğum Tarihi : .... / .... / .....	Cinsiyet : <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın		
	Poliçe/Sertifika No :	Kart / Mü teri No :		
	T.C Kimlik No :	irtibat Tel. (Ev) :		
	Kimlik Belgesi No :	irtibat Tel. (GSM) :		
	Ba vuru Tarihi :			
	Adres :			
	Planlanan Yatı /Çıkı Tarihi .... / .... / .....			

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın İkayeti / Öyküsü :			
	İkayetin Ba langıç Tarihi :	(Hamile ise SAT) : .... / .... / .....		
	Daha önce aynı ikayet / hastalık nedeni ile doktora ba vurusu oldu mu, tetkik ve tedavi uygulandı mı ?			
	Evet ise ba vurulan sağlık kurumu/doktor adı :			
	Ba vurulan Tarih : .... / .... / .....			
	Özgeçmi /Kullandı ı laçlar :			
	Fizik Muayene Bulguları :			
	Tetkikler / Sonuçları :		ICD 10 :	
Ön Tanı / Tanı :		<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Cerrahi <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Adli Vaka <input type="checkbox"/> Dahili Yatı <input type="checkbox"/> Gebelik		
Planlanan Tedavi / İ lemler :				

Doktor Adı Soyadı :	Doktor <input type="checkbox"/> Anla malı <input type="checkbox"/> Anla masız	Operatör Ücreti :
Uzmanlık Dalı :		Anestezi Ücreti :
irtibat Telefonu :		Asistan Ücreti :
mza / Ka e :		(*) Doktor ve / veya ekibi anla masız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.

Anla malı sağlık kurulu larında yapılan her türlü tanı ve tedavi i lemleri için sadece anla malı hekimlere provizyon verilecektir. Ziyaretçi Hekim /Anla masız Hekim/ Part Time Hekim kadrosu/Türkiye Sigorta A. . anla ma fiyatlarını kabul etmeyen kadrolu hekimlerin provizyon verilmeyecek olup, sigortalımız ödemeyi kendisi yaparak irketimizden talep edecektir. Konuya ili kin ayrıntılı bilginin i lemler öncesi sigortalımıza tarafınızdan iletilmesini önemle rica ederiz.

**Tazminat talep formunda hekimin staff kadroda yer alıp almadı ı mutlaka belirtilmelidir.**

**Sigortalı / Sigorta Ettiren / Yasal Temsilcisinin Beyanı**

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve do ru oldu unu, sigorta irketinin kendim ve ailem hakkında bu ve di er rahatsızlıklara ili kin tüm bilgi ve belgeleri isteme hakkı oldu unu beyan ve kabul ederim

Sigortalı ,  Sigorta Ettiren ,  Yasal Temsilcinin

Adı Soyadı :  
mzası :  
Tarih : .... / .... / .....