

## 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 تحویل فرمائید . به فرمهایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد .

<b>توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود</b>	<p>نام و نام خانوادگی بیمار      تاریخ تولد روز      ماه      سال      شماره شناسنامه</p> <p>تاریخ شروع پوشش بیمه      ساکن شهرستان      نسبت با بیمه شده اصلی</p> <p>گواهی می شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنی      شماره شناسنامه</p> <p>نام پدر      تاریخ تولد روز      ماه      سال      در تاریخ      استخدام و از تاریخ      تحت پوشش صندوق هزینه</p> <p>مآزاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است . نام وی در صفحه      ردیف</p> <p>صورت اسامی بیمه شدگان درج گردیده است . ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است .</p> <p style="text-align: center;">امضاء بیمه شده اصلی :      تاریخ و مهر امضاء واحد :</p>
<b>توسط پزشک معالج تکمیل شود</b>	<p>گواهی می شود خانم / آقای      به شماره شناسنامه      نام پدر      تاریخ تولد</p> <p>توسط اینجانب دکتر      به شماره نظام پزشکی      ساکن شهرستان      تلفن</p> <p>جهت بستری شدن به بیمارستان      شهرستان      معرفی گردیده است .</p> <p>علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی میباشد / نمیباشد .</p> <p style="text-align: center;">نوع عمل جراحی :      کد جراحی :</p> <p style="text-align: center;">(با توجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشک معالج :</p>
<b>توجه :</b> خواهشمند است برای ثبت مشخصات بیمار از کارت شناسائی معتبر استفاده فرمائید .	
<b>توسط بیمارستان تکمیل شود</b>	<p>گواهی میشود خانم / آقای      به شماره شناسنامه      محل صدور      در تاریخ</p> <p>طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر      بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه</p> <p>به این بیمارستان معرفی و از تاریخ      لغایت      بمدت      روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت</p> <p>حسابهای پیوست جمعاً مبلغ      ریال (بحروف)      ریال از وی</p> <p>دریافت گردیده است .</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء مجاز بیمارستان :</p>
<p>با توجه به اینکه بررسی خسارت براساس 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 .</p>	