

UNISAĞLIK TAMAMLAYICI 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 Taraftan Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı	Sigorta Şirketi Adı		Provizyon No	Kurum Kodu
	Sigortalının Adı Soyadı:	Doğum Tarihi:	Cinsiyet:	☐ Kadın ☐ Erkek	
	TCKN/YKN:	Müşteri/Kart No:		E-posta Adresi:	
	İrtibat Telefonu:				
	Başvuru Tarihi:	Planlanan Yatış-Çıkış Tarihi:	.../.../.....	.../.../.....	

Muayene Eden Hekim Taraftan 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:	☐ Anlaşmalı: ☐ Anlaşmaz*: *Doktor ve/veya ekibi anlaşmaz ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.	Operatör:	
Uzmanlık Dalı:		Anestezi:	
İmza-Kaşe/E-imza:		Asistan:	

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.

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:	