

شماره:

تاریخ:

فرم پذیرش اولیه بیمار توسط شرکت تسهیل گر خدمات تشخیصی درمانی بیماران بین الملل

الف) شرح حال دهنده:

ب) مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: جنسیت:

تاریخ تولد مطابق پاسپورت: شمسی / قمری / میلادی (الصاق تصویر پاسپورت)

تلفن: شماره تلفن همراه: نوع بیمه:

آدرس در کشور مبدأ: شماره تلفن همراه: شماره پاسپورت:

ج) مشخصات همراه بیمار (شرح حال دهنده)

نام: نام خانوادگی: سن: (ارائه کارت شناسایی معتبر)  
شماره پاسپورت: شماره تلفن همراه:

د) شرح حال بیمار:

شکایت اصلی بیمار:

علائم بالینی بیمار:

سابقه بیمار: جراحی / حساسیت / بیماری قبلی / ...

وابستگی دارویی و نظایر آن:

داروهای مصرفی:

ح) تشخیص احتمالی: (نظریه پزشک اعزام کننده)

ط) اقدامات انجام شده قبلی:

ی) ضمائم: سونوگرافی  MR  CTS  رادیولوژی  اکوگاردیوگرافی  آنژیوگرافی

نست ورزش  شنوایی سنجی  بینایی سنجی  سایر (با ثبت نوع مدارک پزشکی)

ه) وضعیت جسمانی کلی (در صورت وجود معلولیت جسمانی حتما ثبت شود)

و) برنامه درمانی پزشک شرکت: سربایی  بستری

ز) امضا و مهر پزشک طرف قرار داد شرکت: