

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:

تابعیت:

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

شغل: نوع بیمه:

شماره تلفن / تلفن همراه: شماره پاسپورت:

آدرس در کشور مبدأ:

ج) مشخصات همراه بیمار (شرح حال دهنده)

نام: نام خانوادگی: شغل: (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 طبی / ...

وابستگی دارویی و نظایر آن:

داروهای مصرفی:

ح) تشخیص احتمالی: (نظریه پزشک اعزام کننده)

ط) اقدامات انجام شده قبلی:

ی) ضمایم: سونوگرافی MR CTS رادیولوژی اکوگاردیوگرافی آنژیوگرافی

تست 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: سرپایی بستری

ز) امضا و مهر پزشک طرف قرار داد شرکت: