

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sencard Hizmet Merkezi Provizyon No

Provizyon Merkezi İletişim Bilgileri

Telefon (0216) 571 56 56 Mail Adresi mailprovizyon@sencard.com.tr

SAĞLIK KURUMU TARAFINDAN DOLDURULACAK BÖLÜM

Sağlık Kuruluşu Adı Telefon No

Kurum Kodu Faks No

Sigortalının Adı, Soyadı

Doğum Tarihi Cinsiyet Bay Bayan

Poliçe No Kart / Müşteri No

T.C. Kimlik No E-posta Adresi

Telefon Ev () GSM () Adres

AYAKTA TEDAVİLER İÇİN TALEP EDİLEN ÜCRET BİLGİLERİ

Doktor İlaç

Röntgen Sarf Malzeme

Laboratuvar Diğer (Açıklayınız)

Toplam

MUAYENE EDEN HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAK BÖLÜM

Hastanın Şikayeti / Öyküsü

Şikayetin Başlangıç Tarihi (Hamile ise SAT)

Daha önce aynı şikayet / hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı)

Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar

Fizik Muayene Bulguları

Tetkik Sonuçları Poliklinik Cerrahi Yatış Acil
 Adli Vaka Dahili Yatış Gebelik

Ön Tanı / Tanı ICD10

Planlanan Tedavi / İşlem

Doktor Adı - Soyadı Operatör

Uzmanlık Dalı Anestezi

Telefon Asistan

Doktor ve/veya Ekibi Anlaşmalı Anlaşmasız * Doktor ve/veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtilecektir.

İmza / Kaşe

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 poliçe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

SİGORTALI / KANUNİ TEMSİLCİSİNİN BEYANI

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