

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	<input type="checkbox"/> Bay	<input type="checkbox"/> Bayan
Poliçe No			Kart / Müşteri No		
T.C. Kimlik No			E-posta Adresi		
Telefon	Ev () _____		Adres		
	GSM () _____				

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			<input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Cerrahi Yatış	<input type="checkbox"/> Acil
			<input type="checkbox"/> Adli Vaka	<input type="checkbox"/> Dahili Yatış	<input type="checkbox"/> Gebelik
Ön Tanı / Tanı			ICD10		
Planlanan Tedavi / İşlem					
Doktor Adı - Soyadı			Operatör		
Uzmanlık Dalı			Anestezi		
Telefon			Asistan		
Doktor ve/veya Ekibi	<input type="checkbox"/> Anlaşmalı	<input type="checkbox"/> 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