

EVCİL HAYVAN SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU (Yatarak & Ayakta Tedaviler)

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

Sigorta Şirketi : Provizyon No :

Provizyon/İrtibat Telefon : (.....)- Mail: :

Klinik / Veteriner hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Veteriner Hekim veya Klinik Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Mail
	Sigorta Ettirenin Adı- Soyadı :			
Doğum Tarihi :/...../.....			Evcil Hayvan : <input type="checkbox"/> Kedi <input type="checkbox"/> Köpek	
MikroChip Numarası :			Türü :	
Kart/Poliçe No :			İrtibat Tlf(Ev/GSM) :	
Adres :				
E-Posta Adresi :				
Başvuru Tarihi :/...../.....			Planlanan Yatış/Çıkış Tarihi :/...../..... -/...../.....	

Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri	
Doktor :	İlaç :
Röntgen :	Sarf Malzeme :
Laboratuvar :	Diğer (Açıklayınız) :
	Toplam :

Muayene Eden Veteriner Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Petin Şikâyeti / Öyküsü :	
	Şikâyetin Başlangıç Tarihi :	
	Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile veteriner hekim başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan klinik/hastane / hekimin adı) :	
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar :	
	Fizik Muayene Bulguları :	
	Tetkikler / Sonuçları :	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Cerrahi Yatış <input type="checkbox"/> Acil Adli Vaka <input type="checkbox"/> Dahili Yatış <input type="checkbox"/> Gebelik
	Ön Tanı / Tanı :	ICD 10 :
Planlanan Tedavi / İşlem :		

Veteriner Hekim Adı- Soyadı :	Operatör :
İrtibat Telefonu :	Anestezi :
İmza / Kaşe :	Asistan :

Anlaşmalı Veteriner Hekim / Kliniklerde yapılan her türlü tedavi Anlaşmalı Veteriner hekim / Klinik ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre verilir. Anlaşmalı Klinik veya veteriner hekim muayenehanelerinde kadrosuz bir veteriner hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar anlaşmalı fiyatlara göre hesaplanacaktır. Bu durumda sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı Ettirenin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin evcil hayvanım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı :

Tarih : İmza :