

"فرم بستری شدن در بیمارستان"

بیمه شده محترم خواهشمند است این فرم را پس از تکمیل به همراه صورت هزینه‌های انجام شده به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحویل فرمائید. به فرم‌هایی که ناقص تکمیل شود و یا فاقد مدارک باشد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

توسط واحد دانشگاهی تکمیل شود	نام و نام خانوادگی بیمار تاریخ تولد روز ماه سال شماره شناسنامه
	تاریخ شروع پوشش بیمه ساکن شهرستان نسبت با بیمه شده اصلی
توسط پزشک معالج تکمیل شود	گواهی می‌شود نامبرده بیمه شده اصلی / افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی با شماره پرسنلی شماره شناسنامه
	نام پدر تاریخ تولد روز ماه سال در تاریخ استخدام و از تاریخ تحت پوشش صندوق هزینه مزاد درمان قرار گرفته و تا زمان بستری شدن تحت پوشش صندوق مذکور بوده است. نام وی در صفحه ردیف صورت اسامی بیمه‌شدگان درج گردیده است. ضمناً علت بستری شدن نامبرده بیماری / حادثه بوده است.
تاریخ و مهر امضاء واحد	
امضاء بیمه شده اصلی	
توسط پزشک معالج تکمیل شود	گواهی می‌شود خانم / آقای به شماره شناسنامه نام پدر تاریخ تولد
	توسط اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی ساکن شهرستان تلفن
جهت بستری شدن به بیمارستان شهرستان معرفی گردیده است. علت بستری شدن و معالجات انجام شده به شرح زیر بوده و ضمناً این عارضه مادرزادی می‌باشد / نمی‌باشد. نوع عمل جراحی: کد جراحی:	
(باتوجه به کتاب کالیفرنیا مشخص شود)	
مهر و امضاء پزشک معالج	
درجه ارزشیابی بیمارستان:	
مهر و امضاء مجاز بیمارستان:	
توسط بیمارستان تکمیل شود	گواهی می‌شود خانم / آقای به شماره شناسنامه محل صدور در تاریخ
	طبق معرفی پزشک معالج نامبرده دکتر بعلت ابتلاء به بیماری / حادثه
به این بیمارستان معرفی و از تاریخ لغایت بمدت روز بستری و تحت معالجه قرار گرفته و طبق صورت حساب‌های پیوست جمعاً مبلغ ریال (بحروف) ریال از وی دریافت گردیده است.	
درجه ارزشیابی بیمارستان:	
مهر و امضاء مجاز بیمارستان:	
باتوجه به اینکه بررسی خسارت براساس مندرجات فوق می‌باشد لذا مسئولیت هرگونه اظهارات خلاف واقع متوجه امضاء کننده خواهد بود. در صورتیکه بیمه شده بعلت حادثه در بیمارستان بستری گردیده مدرک مستند مبنی بر نحوه، علت و تاریخ وقوع حادثه می‌بایست پیوست این فرم ارائه گردد.	