

Balesetbiztosítás

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

- Kérjük, a dokumentumot NYOMTATOTT NAGY BETŰKKEL kitölteni.
- Kérjük, válaszoljon az összes kérdésre.
- Abban az esetben, ha nem fér ki bármelyik válasza az adott helyre, kérjük, a nyomtatvány hátuljára írjon és írja alá a kiegészítéseket.

1. A BIZTOSÍTOTT ADATAI

Kötvényszám: _____

Ügyfél neve: _____

Születési idő: _____ TAJ kártya száma: _____

2. INFORMÁCIÓK A BIZTOSÍTOTT BALESETÉRE ÉS/VAGY KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSÁRA VONATKOZÓAN

A kórház neve és címe: _____

Baleset dátuma: _____

A kórházi tartózkodás időtartama: _____ (től) _____ (ig)

Kezelőorvos neve: _____

A baleset körülményeinek leírása (hol, mikor hogyan történt): _____




A biztosított a balesetkor alkohol befolyása alatt állt? Igen Nem

3. A KÓRHÁZI TARTÓZKODÁS CÉLJA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnosztika | <input type="checkbox"/> Rendszeres egészségügyi vizsgálat |
| <input type="checkbox"/> Kontroll | <input type="checkbox"/> Akut betegség gyógykezelése |
| <input type="checkbox"/> A meglévő betegségek okának meghatározása | <input type="checkbox"/> Krónikus betegség súlyosbodásának kezelése |
| <input type="checkbox"/> Megfigyelés | <input type="checkbox"/> Baleset következtében elszenvedett sérülések kezelése |
| <input type="checkbox"/> Terápiás kezelés | <input type="checkbox"/> Műtét |
| <input type="checkbox"/> Műtét típusa _____ | |

4. A BETEG KORÁBBI KEZELÉSEIVEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK (kérjük, tüntesse fel, ha a jelenlegi kezelés valamely korábbi, a jelen kezelést megelőzően már fennálló állapot, betegség következménye, és azt is, hogy ez az állapot vagy betegség mióta áll(hat) fenn.)

Kijelentem és aláírással igazolom, hogy a fenti információk a valóságnak megfelelnek és teljes körűek.

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| ALÁÍRÁS HELYE | Helység | Dátum | Az orvos aláírása és pecsétje |
| |  |  _____ |  |