

## گواهی پزشک معالج

این برگ می‌توانست بدون هر گونه لطمه خوردگی تکمیل گردد.

(فواهشمند است مشخصات مصدوم را از روی کارت شناسایی عکس دار وی تکمیل فرمایند.)

- مراتب ذیل مورد تایید و گواهی اینجانب دکتر..... بشماره نظام پزشکی.....  
نشانی محل طبابت..... تلفن..... می باشد.
- ۱- نام و نام خانوادگی مصدوم..... فرزند..... شماره ملی.....  
تاریخ تولد..... شماره همراه مصدوم.....
- ۲- تاریخ اولین روز مراجعه..... تاریخ آخرین روز مراجعه.....
- ۳- تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده).....
- ۴- ضایعه فوق ناشی از بیماری است یا حادثه؟
- ۵- آیا سابقه هر گونه مصدومیت قبلی در ناحیه آسیب دیده فعلی داشته اند؟
- ۶- چنانچه مصدوم جهت انجام سایر معالجات پزشکی به پزشکان یا مراکز درمانی دیگر نظیر بیمارستان و ... مراجعه و یا معرفی گردیده لطفاً نام آن مرکز را مرقوم نمایند.
- ۷- آیا از سوی سازمان پزشکی قانونی تاکنون در مورد نامبرده از جنابعالی استعلام بعمل آمده است؟..... تاریخ: ؟.....
- ۸- نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهایی آن؟
- ۹- آیا درمان وی قطعاً پایان یافته است؟
- ۱۰- لطفاً عضو یا اعضای که در نتیجه مصدومیت و حادثه فوق دچار آسیب دائمی و غیر قابل علاج گردیده را با ذکر نوع ضایعه و شدت از کارافتادگی یا نقص عضو دائم مکتوب فرمایند.

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ:

لطفا پس از تکمیل این فرم توسط پزشک معالج با رعایت موارد و مدارک ذیل باین شرکت مراجعه فرمائید.

۱- کپی برابر با اصل مدارک بالینی و بیمارستانی اولین مرجع درمانی و سایر ...

۲- اصل صورت حساب های بیمارستان و کلیه فاکتورهای هزینه پزشکی انجام شده

۳- کلیه عکس های رادیولوژی ، اسکن ، ام آر آی و ...

۴- کپی کارت ملی

۵- کپی صفحه اول دفترچه بیمه تامین اجتماعی

توجه: پس از اخذ برابر با اصل مدارک بیمارستان و تکمیل مدارک و تکمیل فرم پزشک معالج

مراجعه حضوری با آدرس: مدارک فوق فقط در یکی از روزهای یکشنبه تا شنبه بیمه کارت ملی

به آدرس: اصفهان - چهارباغ عباسی - نیش خیابان آمادگاه - بیمه ایران - اداره خسارت مسئولیت

شماره پرونده خسارتی : .....

ساعت مراجعه بین ۸ صبح الی ۱۳ بعد ظهر