

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 () _____ GSM () _____ | Adres | |

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 |
|---|-------|------|