

ONAY FORMU

Sigortalının işlemlerinin hızlı ve etkin bir biçimde yürütülmesi için, aşağıdaki formun hastayı takip eden doktorlar tarafından eksiksiz doldurulmasını rica eder, teşekkür ederiz. Bilgi almak için lütfen Aksigorta Hizmet Merkezini arayınız. | 444 27 27
Lütfen Aksigorta A.Ş Provizyon Merkezi'ne fakslayınız. | 0212 329 12 55

KURULUŞ ADI :

DEPARTMAN :

FAKS / MAİL :

HASTANIN ADI SOYADI :

DOĞUM TARİHİ :

gün		ay		yıl	

POLİÇE NO :

1. HASTANEYE GELİŞ

Geliş Tarihi:

gün		ay		yıl	

Öngörülen Yatış Süresi /Gün :

Geliş Saati:

Yatış Tarihi :

gün		ay		yıl	

Acil:

☐

Poliklinik (Elektif):

☐

Yatış (Elektif):

☐

Akut Cerrahi Sorunu:

☐

Akut Tıbbi Sorunu :

☐

Diğer (Lütfen Belirtiniz) :

☐

2. HASTANIN ŞİKAYETİ

Şikayetin Süresi:

gün		ay		yıl	

3. ŞİKAYETİN ÖYKÜSÜ

Hastalığın Başlangıç Tarihi :

Yapılan Tedaviler :

3. ÖZGEÇMİŞİ

a. Tanının ilk Konulduğu Tarih :

gün		ay		yıl	

b. Geçirildiği Ameliyatlar, yatarak tedaviler ve tarihleri :

-
-
-

gün		ay		yıl	

gün		ay		yıl	

gün		ay		yıl	

c. Geçirdiği kazalar ve tarihleri :

-
-

gün		ay		yıl	

gün		ay		yıl	

d. Geçirdiği hastalıklar, süreleri, yapılan tetkikler, kullandığı ilaçlar :

Hipertansiyon:

DM :

ASKH :

Kongenital Hastalıklar :

Neoplaziler :

Diğer :

5. ALIŞKANLIKLAR, KULLANIM MİKTARI, SÜRESİ

a. Sigara :

b. Alkol, Uyuşturucu:

Genel Alışkanlık: _____

Son 72 Saatteki Kullanımı: _____

Son 6 Saatteki Kullanımı: _____

6. HASTANIN SOYGEÇMİŞİ

7. GENEL DURUM / BİLİNÇ DEĞERLENDİRMESİ

8. VİTAL BULGULAR

TA : _____ mmHG

Nb : _____ atım / dk

DSS: _____ solunum /dk

Ateş : _____ C

9. PATOLOJİK FİZİK MUAYENE BULGULARI

10. ÖN TANI (LAR)

11. PLANLANAN / TEDAVİ / GİRİŞİM / TETKİK

Ayakta	☐	Yatarak	☐	Cerrahi	☐	Tıbbi	☐	MR	☐
BT	☐	Angio	☐	ESWL	☐	Gastroskopi	☐	Klonoskopi	☐
Bronskopi	☐	Treadmill	☐	FTR	☐	Diğer	☐		

seans: _____

12. İSTENİLEN TETKİKLER

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu kabul ediyorum ve hakkımdaki tüm tıbbi bilgilerin sigorta şirketine verilmesine izin veriyorum.

İMZA Kendisi veya Velisi :

Anamnezi sigortalıdan alınmadıysa, anamnezi veren kişi:

Hastayı Değerlendiren Doktorun;

ADI - SOYADI:

İMZASI:

TEL :

Hastahane Kadrosu ☐

Diğer ☐