

Balesetbiztosítás

Kárszám (A 4Life Direct tölti ki) _____

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: _____ Anyja neve: _____

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 balesetből elszenvedett sérülés megnevezése: _____

A biztosított a balesetkor alkohol befolyása alatt állt? ☐ Igen ☐ Nem

3. AZ ORVOSI KEZELÉS CÉLJA

☐ Diagnosztika

☐ Kontroll

☐ A meglévő betegségek okának meghatározása

☐ Megfigyelés

☐ Terápiás kezelés

☐ Műtét típusa _____

☐ Rendszeres egészségügyi vizsgálat

☐ Akut betegség gyógykezelése

☐ Krónikus betegség súlyosbodásának kezelése

☐ Baleset következtében elszenvedett sérülések kezelése

☐ Műtét

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 teljeskörűek.

	Helység	Dátum	Az orvos aláírása és pecsétje
		 _____	