

Kórházi Biztonság

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 KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSÁRA VONATKOZÓAN

A kórház neve és címe: _____

Kezelőorvos neve: _____

Kórház/kezelőorvos telefonszáma: _____

A kórházi tartózkodás ideje: _____

Kórházi tartózkodás oka: Betegség ☐ Baleset ☐

Betegség esetén annak megnevezése: _____

A kórházi tartózkodást igénylő betegség diagnosztizálásának időpontja: _____

A fent említett betegséggel állt-e korábban kezelés alatt? Igen ☐ Nem ☐ Ha igen, a kezelés időpontja: _____

Baleset esetén a baleset dátuma: _____

A kórházi tartózkodást okozó baleset rövid leírása: _____

3. A KÓRHÁZI TARTÓZKODÁS CÉLJA

- | | |
|--|--|
| ☐ Diagnosztika | ☐ Rendszeres egészségügyi vizsgálat |
| ☐ Kontroll | ☐ Akut betegség gyógykezelése |
| ☐ A meglévő betegségek okának meghatározása | ☐ Krónikus betegség súlyosbodásának kezelése |
| ☐ Megfigyelés | ☐ Baleset következtében elszenvedett sérülések kezelése |
| ☐ Terápiás kezelés | ☐ Műtét |

A kórházi tartózkodás rövid leírása: _____

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, továbbá 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
		 _____	