

ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟΥ

ΠΡΟΣ PRIME INSURANCE - ΤΜΗΜΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Αρ. Φαξ 22 765 525

Όνομα νοσηλευτηρίου Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο νοσηλευθέντος

Αριθμός Ταυτότητας - απαραίτητος Αριθμός Κάρτας Νοσηλείας

Ημερομηνία εισόδου Ήμερη εισόδου

Προβλεπόμενη περίοδος παραμονής

Ημερομηνία εξόδου Ήμερη εξόδου

Αιτία εισαγωγής - αναφέρατε διάγνωση εισόδου

Αναφέρατε αν η εισαγωγή ήταν προγραμματισμένη έκτακτη (επείγουσα)

Καταγράψτε τα συμπτώματα του ασθενούς με όσο μεγαλύτερη λεπτομέρεια μπορείτε

Πότε σας συμβούλευτηκε για πρώτη φορά ο ασθενής; - ακριβής ημερομηνία

Χρονολογία συμπτωμάτων - πότε θίωσε για πρώτη φορά ο ασθενής τα συμπτώματα;

Ονόματα ιατρών που είδε πριν από εσάς για το πρόβλημα υγείας του

1. Ειδικότητα:

2. Ειδικότητα:

Τι θεραπεία θα ακολουθηθεί: Συντηρητική Εγχειρόση

Επεξηγήστε δίνοντας λεπτομέρειες

Για να μπορέσει η Prime Insurance να σας δώσει απάντηση είναι απαραίτητο να συμπληρωθεί πλήρως η Έκθεση Θεράποντα Ιατρού (συνημένο έντυπο) με λεπτομέρεια.

Θεράπων ιατρός Ημερομηνία

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία που παρέχονται πιο πάνω είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή και συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ τον ιατρό μου, το νοσηλευτήριό μου / και οποιοδήποτε διαγνωστικό κέντρο να συζητήσει την ασθένεια και τις λεπτομέρειες της θεραπείας μου, όπως επίσης να παραχωρήσει τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων μου, στην **Prime Insurance Co. Ltd.**

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή κατόχου ασφαλιστηρίου Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ενήλικου ασθενή

Ονοματεπώνυμο ιατρού
Ονοματεπώνυμο νοσηλευθέντος
Αριθμός Κάρτας Νοσηλείας.....

Καταγραφή ιατρικού αναμνηστικού όπως σας έχει δηλωθεί από τον ασθενή

Ημερομηνία Περιγραφή παθήσεων και θεραπείας και ονόματα ιατρών

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ποια είναι η τελική διάγνωση (διάγνωση εξόδου) του ασθενούς;

ICD-10

[]

Παρακαλούμε περιγράψτε με σαφήνεια την θεραπεία που χορηγήθηκε (παθολογικό περιστατικό / επεμβατικό περιστατικό)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Καταγράψτε τις διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί και τα αποτελέσματα τους, για να στοιχειοθετήσουν τη θεραπεία (συντηρητική ή χειρουργική) που έχει δοθεί

Αναλύσεις αίματος
Ακτινογραφίες
Υπέρηχοι
MRIs
CTScans
Άλλα

Παρακαλούμε όπως γίνει ένας υπολογισμός του συνολικού κόστους

Αμοιβή χειρουργού / ιατρού Αμοιβή αναισθησιολόγου
Αμοιβή θοηθού χειρουργού Άλλα ιατρικά έξοδα
Έξοδα νοσηλευτηρίου

DRG

Σύνολο

Δηλώνω ότι είμαι ο θεράπων ιατρός του ασθενή και ότι τα στοιχεία που δίνονται είναι, εξ όσων γνωρίζω, ορθά και αληθινά, γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου περί ψευδών δηλώσεων.

Υπογραφή ιατρού

Ημερομηνία