**EVCİL HAYVAN SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU ( Yatarak & Ayakta Tedaviler)**

Bu form Evcil Hayvan sahibinden alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigorta Şirketi | : |  | | | Provizyon No | : |  |
| Provizyon/İrtibat | Telefon | | : | (……..)- …………………………. | Mail: | : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Klinik / Veteriner hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm | Veteriner Hekim veya Klinik Adı | | | | | Kurum Kodu | | Telefon No | | | | Mail | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |
| Sigorta Ettirenin Adı-Soyadı | | : | |  | | | | | | | | | | |
| Doğum Tarihi | | : | | ……/……/………… | | | | Evcil Hayvan | | : | | | □ Kedi □ Köpek | |
| MikroChip Numarası | : | | Türü : | | | | | | | | | | |
| Kart/Poliçe No | | : | |  | | | | İrtibat Tlf(Ev/GSM) | | : | | |  | |
| Adres | | : | |  | | | | | | | | | | |
| E-Posta Adresi | | : | | …………………………@.................... | | | | | | | | | | |
| Başvuru Tarihi | | : | | ……/……/………… | | Yatış/Çıkış Tarihi ( Yatarak tedaviler için ) | | | : | | | ……/……/…… - ……/……/…… | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Talep edilen ücret bilgileri | | | | | |
| Doktor | : |  | İlaç | : |  |
| Röntgen | : |  | Sarf Malzeme | : |  |
| Laboratuvar | : |  | Diğer (Açıklayınız) | : |  |
|  |  |  | Toplam | : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Muayene Eden Veteriner Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm | Evcil Hayvanın Şikâyeti / Öyküsü | : |  | |
| Şikâyetin Başlangıç Tarihi | : |  | |
| Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile veteriner hekim başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan klinik/hastane / hekimin adı) | : |  | |
| Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar | : |  | |
| Fizik Muayene Bulguları | : |  | |
| Tetkikler / Sonuçları | : |  | □ Poliklinik □ Cerrahi Yatış □ Acil □ Adli Vaka □ Dahili Yatış □ Gebelik |
| Ön Tanı / Tanı | : |  |  |
|  | Planlanan / Yapılan Tedavi / İşlem | : |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Veteriner Hekim Adı-Soyadı | : |  | Operatör : |
|  |  |  | Anestezi : |
| İrtibat Telefonu | : |  | Asistan : |
| İmza / Kaşe | : |  |  |

Anlaşmasız Veteriner Hekim / Kliniklerde yetkili Veteriner Hekim tarafından yapılan her türlü tetkik ve tedavi ye ilişkin giderlerin Sigortalıya ödenebilmesi için doldurulması gerekli bu form doğrultusunda geri ödeme hesaplamaları yapılacaktır. Form ekinde ihtiyaç duyulan poliçede belirtilen tüm evraklar sigorta şirketine sunulmalıdır.Eksik belge olması halinde Sigorta Şirketi Sigorta ettiren ile irtibata geçecektir. Bilgi almak için 08508789783 numaralı hattı aranabilir.

**Sigortalı Ettirenin Beyanı**

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin evcil hayvanım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı | | | : |  | | |
| Tarih | : |  | | İmza | : |  |