



## گواهی پزشک

تاریخ : ...../...../.....

### کاردرمانی

نام بیمار : آقا/ خانم .....

نام بیماری : .....

تعداد جلسات : ..... در هفته  یا ماه

زمان هر جلسه : حداقل 30 دقیقه  یا 45 دقیقه

مدت درمان : .....

مهر و امضا پزشک :

(تخصص پزشکان مرتبط : متخصصین مغز و اعصاب ، متخصصین

کودکان ، طب فیزیکی و توانبخشی ، ارتوپد ، روانپزشک)

بیماران خاص.

۱- فرم تشکیل پرونده ی بیمار خاص باید توسط پزشک خاص (پزشک اصلی بیمار) که داروهای بیمار را نسخه میکند تکمیل گردد (فقط داروهایی که با نسخه ی این پزشک باشد پرداخت میگردد). وقت شود که نام داروهای باید تنها در این فرم ذکر شود. تاریخ تکمیل فرم و مدت زمان درمان ذکر شود.

اصل شناسنامه الزامی است

۲- قطعه عکس ۴×۳

۲- کپی صفحه اول دفترچه با ذکر شماره ی تلفن + کپی کارت منی + کپی شناسنامه او.آ.

جهت بیماران ام ایس: کپی کارت ام ایس، کپی جواب ام آر آی نشان دهنده ی بیماری

جهت بیماران تالاسمی: کپی کارت تالاسمی، کپی جواب آزمایش نشان دهنده ی تالاسمی

جهت بیماران هموفیلی: کپی کارت هموفیلی، کپی جواب آزمایش نشان دهنده ی هموفیلی

جهت سرطانهای بدخیم: کپی جواب نمونه برداری از ناحیه مورد نظر که نشان دهنده ی سرطان بدخیم است مربوط به ۲ سال اخیر یا مهر پزشکی پاتولوژی

جهت بیماران دیالیزی: کپی کارت دیالیز - کپی جواب آزمایش نشان دهنده ی مشکل کلیوی

جهت بیماران روحانیسم: کپی جواب آزمایشات اختصاصی مربوط به روحانیسم

جهت بیماران پارکینسون: کپی جواب نوار عصب و عضله و کپی جواب ام آر آی

جهت بیماران ضعف عصب و عضله: کپی جواب نوار عصب و عضله و کپی جواب ام آر آی

بیماران پیوند کلیه و مغز استخوان: کپی کارت های تجمع پیوند + کپی شرح عمل پیوند

ساعت مراجعه جهت تشکیل پرونده از ساعت ۷:۳۰ تا ۱۰ صبح

فصلنامه تخصصی ۹-۴۵

بیماران خاص

شرح آیه سازی حافظ

# فرم تشکیل پرونده ناباروری و نازایی

بیمه آتیه سازان حافظ تاریخ : ...../...../.....

نام و نام خانوادگی :	کدملی :
نام بیمه شده اصلی :	نسبت :
شماره همراه :	شماره قرارداد :

تشخیص اولیه : .....

طول درمان : از تاریخ : ..... لغایت تاریخ : ..... به مدت : .....

پروسه های درمان: (دارو درمانی، روش های کمک باروری و ...)

.....

.....

داروهای مورد نیاز و دوز دقیق دارو:

نام دارو :	دوز دارو و نحوه مصرف :

مهر و امضا کارشناس بیمه :

مهر و امضا پزشک معالج :

- در صورت تغییر در نوع و مقدار دارو ، فرم جدید توسط پزشک معالج تایید گردد.
- در هرنوبت تحویل هزینه های نازایی و ناباروری ، کپی فرم ضمیمه اسناد گردد.
- در صورت باردارشدن داروهای نازایی و ناباروری قابل پرداخت نمیشود.

❖ مدارک لازم : ۱- فرم تشکیل پرونده ۲- کپی تمام صفحات شناسنامه زوجین ۳- کپی صفحه اول دفترچه بیمه زوجین



گواهی طرح درمان بیماران خاص ( فرم  
شماره 2 )

محل الصاق عکس

شعبه .....

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی :

نام پدر :

نسبت یا بیمه شده اصلی :

کد ملی :

شماره شناسنامه :

تاریخ تولد :

نام بیمه گزار :

دفتر کل / کد مستعری بگیر / کد پرستلی :

استان بیمه شده :

آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه بیمه شده :

تشخیص بیماری :

روش درمان :

دارو درمانی Ⓢ

رادیوتراپی با ذکر تعداد جلسات Ⓢ

تاریخ شروع درمان :

طول مدت درمان و تعداد دور های درمانی :

دیت	نام دارو	تعداد	دوز مصرفی	تعداد دوره مصرف	فاصله بین هر دوره
1					
2					
3					
4					
5					

تاریخ تکمیل فرم :

مهر و امضا پزشک معالج :

آدرس و تلفن پزشک :

مهر و امضای رئیس اداره اسناد پزشکی :

مهر و امضای پزشک معتمد شعبه :

