

گواهی پزشک معالج

* این گواهی می‌بایست بدون قلم خوردگی تکمیل شود. به فرم‌هایی که ناقص تکمیل شود ترتیب اثر داده نخواهد شد.

* خواهشمند است مشخصات مصدوم را حتماً پس از تطبیق با کارت شناسائی عکسدار وی مرقوم فرمائید.

متخصص

مراتب زیر مورد تائید و گواهی اینجانب دکتر

به شماره نظام پزشکی به آدرس تلفن می‌باشد.

۱- نام و نام خانوادگی مصدوم:

۲- شماره شناسنامه: محل صدور:

۳- تاریخ اولین مراجعه (لطفاً بحروف نوشته شود):

۴- تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده):

۵- صدمه بدنی ناشی از حادثه می‌باشد یا بیماری؟

۶- چنانچه مصدوم جهت انجام معالجات لازم پزشکی به سایر مراکز درمانی معرفی گردیده است، لطفاً نام و نشانی آن مراکز را مرقوم فرمائید.

۷- تاریخ آخرین مراجعه:

۸- نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن:

۹- لطفاً عضو و یا اعضائی که در نتیجه صدمه بدنی مندرج در بند (۴) فوق دچار آسیب گردیده و بطور دائم باقی خواهد ماند، ذیلاً مشخص فرمائید. فقط صدمات بدنی در ارتباط با حادثه موضوع این گواهی مورد نظر این شرکت می‌باشد.

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ:



خیابان طالقانی، حد فاصل خیابانهای ولیعصر و حافظ، ساختمان مدیریت بیمه های اشخاص، شماره ۱۴۷

کد پستی: ۱۵۹۱۸ تلفن: ۱۶-۶۶۴۰۹۷۱۵ و ۳-۲۱/۶۶۴۰۹۹۱۲ فاکس: ۶۶۴۰۳۹۳۷