

KALP KRİZİ TIBBİ BİLGİ FORMU

(Sigortalının Doktoru tarafından doldurulup, imzalanacaktır.)

Sayın Doktor,

Lütfen bu formda yer alan bütün soruları, hiçbir soruyu boş bırakmadan cevaplandırınız ve bu formu Sigortalı'ya veya Sigortalı yakınlarına veriniz. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Adı Soyadı	
Hastanızın durumu ve hastalığının derecesi hakkında detaylı bilgi veriniz.	
Hastanızın bu durumla ilgili ilk kez hangi tarihte size başvurduğunu yazınız.	
Hastanızın kendisine konan tanıyı ilk kez hangi tarihte öğrendiğini yazınız.	
Hastanızın myokard enfarktüsü nedeniyle hastaneye yatırıldığı tarihi yazınız.	
Hastanızın enfarktüs öncesi dönemde çekilmiş EKG'si var ise, tarihini ve sonuçlarını yazınız.	
Hastanızın göğüs ağrısını tarif ediniz.	
Hastanızın yeni EKG değişiklikleriyle, kardiyak enzim düzeyleriyle ve hastanıza uygulanan tanı amaçlı test veya işlemlerle ilgili olarak detaylı bilgi veriniz.	
Hastanıza uygulanan medikal ve girişimsel tedaviler hakkında bilgi veriniz.	
Hastanızın şikayetlerinin size başvurmadan önce ne süredir var olduğunu yazınız.	
Hastanızın özgeçmişiyle ilgili tarih ve tedavi detaylarını içeren bilgi veriniz.	
Hastanızın soy geçmişiyle ilgili bilgi veriniz	

Tarih							
Kaşeniz ve imzanız	<table><tr><td colspan="2">Size ulaşabileceğimiz numaralarınız</td></tr><tr><td>Telefon</td><td>(0)</td></tr><tr><td>Faks</td><td>(0)</td></tr></table>	Size ulaşabileceğimiz numaralarınız		Telefon	(0)	Faks	(0)
Size ulaşabileceğimiz numaralarınız							
Telefon	(0)						
Faks	(0)						

Sayın Sigortalı veya yakınları, Bu formun işleme alınabilmesi için, bu formun doktor tarafından kaşelenmiş ve imzalanmış aslını, lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta ile gönderiniz. Faks ile gönderilen talepler işleme alınamayacaktır. Bu talep Şirkete ulaştığı tarihten sonraki iki işgünü içerisinde işleme alınır.

Genel Müdürlük İçerenköy Mahallesi Umut Sok. Quick Tower Sitesi No: 10-12/9 Ataşehir / İstanbul Faks: (0216) 634 38 88

Müşteri Memnuniyet Merkezi: 444 11 11 agesa_tazminat@agesa.com.tr www.agesa.com.tr

İstanbul Ticaret Odası (İTO) , Ticaret Sicil No: 27158 MERSİS No: 03060050656000