

KORONER ARTER BY-PASS GRAFT CERRAHİSİ 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	
Hastanıza koroner arter by-pass graft cerrahisi uygulanmasını gerektiren durumla ilgili tüm detayları yazınız.	
Hastanızın bu durumla ilgili ilk kez hangi tarihte size başvurduğunu yazınız.	
Hastanızın kendisine konan tanıyı ilk kez hangi tarihte öğrendiğini yazınız.	
Operasyonun hangi tarihte yapıldığını yazınız.	
Cerrahi işlemde kullanılan graft sayısı ve lokalizasyonu hakkında bilgi veriniz.	
Hastanızın şikayetlerinin size başvurmadan önce ne süredir var olduğunu yazınız.	
Hastanızın özgeçmişiyile ilgili tarih ve tedavi detaylarını içeren bilgi veriniz.	
Hastanızın soy geçmişiyle ilgili bilgi veriniz	

Bu formla birlikte hastane kayıtlarının bir kopyasını da lütfen Şirketimize gönderiniz.

Tarih		
Kaşeniz ve imzanız	Size ulaşabileceğimiz numaralarınız	
	Telefon	
	Faks	

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 alınmayacaktır. Bu talep Şirkete ulaştığı tarihten sonraki iki işgünü içerisinde işleme alınır.