

MULTIPLE SKLEROZ TIBBİ BİLGİ FORMU

(Sigortalının Doktoru tarafından doldurulup, imzalanacaktır.)

Sayın Doktor,

Lütfen bu formda yer alan bütün soruların, 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	
Hastanızda Multiple Skleroz hastalığına neden olan durum hakkında bilgi veriniz.	
Hastanızın bu durumla ilgili ilk kez hangi tarihte size başvurduğunu yazınız.	
Hastanızın kendisine konan tanıyı ilk kez hangi tarihte öğrendiğini yazınız.	
Hastalığın tanısını koyduran tetkikin hangi tarihte yapıldığını yazınız.	
Hastanızın yaşadığı ilk belirtiler, hastanıza uygulanan tanı amaçlı testler, medikal ve diğer tedaviler ve hepsinin tarihleri hakkında detaylı 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 alınamayacaktır. Butalep Şirkete ulaştığı tarihten sonraki iki işgünü içerisinde işleme alınır.