

MULTİPLE SKLEROZ 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	
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 şikâyetlerinin 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 (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 Saray Mah. Dr. Adnan Büyükdeniz Cad. No:12 34768 Ümraniye/İSTANBUL Faks: (0216) 634 38 88
Müşteri Memnuniyet Merkezi: 444 11 11 musteri@avivasa.com.tr www.avivasa.com.tr
İstanbul Ticaret Odası (İTO), Ticaret Sicil No: 27158