

گواهی پزشک معالج

*این گواهی باید بدون قلم خوردگی تکمیل شود. به فرمهاییکه ناقص تکمیل شود ترتیب اثر داده نخواهد شد.
*خواهشمند است مشخصات مصدوم را حتماً با کارت شناسائی عکسدار تطبیق دهید.

مراتب ذیل مورد تأیید و گواهی اینجانب:

دکتر:

متخصص:

میباشد.

تلفن:

به آدرس:

به شماره نظام پزشکی:

نام پدر:

کدملی:

۱- نام و نام خانوادگی مصدوم (بیمه شده):

۲- تاریخ اولین مراجعه (به حروف نوشته شود):

۳- تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده):

۴- صدمه بدنی، ناشی از حادثه می باشد یا بیماری؟

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

۶- تاریخ آخرین مراجعه:

۷- نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن:

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

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ: