



Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Şirketi		Provizyon No.	
Provizyon/İrtibat Numaraları	0 212 924 80 80	Faks	provizyontalep@acnturk.com.tr

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacaktır	Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
	Sigortalının Adı, Soyadı		Cinsiyet	Bay Bayan
	Doğum Tarihi		Kart / Müşteri No.	
	Poliçe No		İrtibat Tel. (Ev/GSM)	
	T.C. Kimlik No			
	Adres			
	E-Posta Adresi			
	Başvuru Tarihi		Planlanan Yatış/Çıkış Tarihi	

#### Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri

Doktor		İlaç	
Röntgen		Sarf Malzeme	
Laboratuvar		Diğer (Açıklayınız)	
		Toplam	

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikayeti / Öyküsü	
	Şikayetin Başlangıç Tarihi	Hamile İse SAT
	Daha önce aynı şikayet / hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı)	
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar	
	Fizik Muayene Bulguları	
	Tetkikler / Sonuçları	Poliklinik Cerrahi Yatış Acil Adli Vaka Dahili Yatış Gebelik
	Ön Tanı / Tanı	ICD 10
	Planlanan Tedavi / İşlem	

Doktor Adı, Soyadı		Anlaşmalı	Operatör	
Uzmanlık Dalı			Anestezi	
İrtibat Telefonu			Asistan	
İmza / Kaşe		Anlaşmasız*	* Doktor ve / veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ürteci yukarıda belirtilmiştir.	

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar poliçe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

<b>Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı</b>	Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı	İmza
Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.		
	Tarih	