

CERERE DE DESPĂGUBIRE EXTRAMED

Europe House
B-dul Lascăr Catargiu nr. 47-53
RO-010665, sector 1, București,
România

T +40 21 208 41 00
F +40 21 208 41 01
www.alico.ro / h.o@alico.ro

Declarația medicului

Vă rugăm ca acest formular să fie completat de către medic.

Vă rugăm să bifați serviciile medicale de care a beneficiat pacientul.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> INTERNARE ÎN SPITAL | <input type="checkbox"/> ANESTEZIE |
| <input type="checkbox"/> SPITALIZARE | <input type="checkbox"/> TRANSPORTUL CU AMBULANȚA |
| <input type="checkbox"/> SPITALIZARE ÎN TERAPIE INTENSIVĂ | <input type="checkbox"/> VIZITA MEDICALĂ LA DOMICILIU |
| <input type="checkbox"/> CONVALESCENȚĂ | <input type="checkbox"/> MONITORIZAREA DIAGNOSTICĂRII |
| <input type="checkbox"/> INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ | |

Numele pacientului:

Data: _____

1. Care a fost data apariției primelor simptome ale îmbolnăvirii (data producerii accidentului)? Care parte a corpului a suferit vătămări?

2. Diagnosticul, anamneza, complicații (precizați codul medical al acestora):

3. Precizați numele, adresa și telefonul celorlalți medici care au furnizat consultații și tratament în acest caz, precum și data consultului:

4. Spitalizare. Data internării: _____ Data externării: _____

Numele, adresa și telefonul instituției medicale:

5. A fost necesară spitalizare în Secția de Anestezie și Terapie Intensivă?

DA NU Câte zile _____

6. Conform opiniei medicale, a fost necesară o perioadă de convalescență după spitalizare?

DA NU

7. A fost practică vreă intervenție chirurgicală în acest caz? Dacă da, vă rugăm precizați detalii (tipul acesteia), în cazul unei suturi precizați lungimea și direcția

8. Pentru intervenția chirurgicală ca urmare a evenimentului suferit a fost necesară anestezia?

DA NU Tipul de anestezie

9. A fost necesar transportul asiguratului cu ambulanța?

DA NU

10. Sunt necesare vizite medicale la domiciliu în termen de 180 zile în legătură directă cu tratamentul post-spitalizare sau postoperator ca urmare a evenimentului suferit?

DA NU Câte vizite _____

11. Este necesară o monitorizare a diagnosticării în termen de 180 zile în legătură directă cu tratamentul post-spitalizare sau postoperator ca urmare a evenimentului suferit?

DA NU

12. A mai avut pacientul același tip sau alte tipuri similare de îmbolnăviri / accidentări în trecut?

DA NU

Dacă da, precizați detalii.

13. Pacientul prezintă vreă suferință sau afecțiune cronică? Dacă da, vă rugăm descrieți (specificați de când).

Certific în continuare că toate răspunsurile la întrebările de mai sus sunt corecte și adevărate conform cunoștințelor mele.

Data:

Numele, semnătura și parafa medicului

Adresa:

Telefon:

Această declarație medicală nu constituie o sursă de decontare.