

Dovada decesului

Declarația medicului către Alico Asigurări România S.A.

În scopul unei statistici a mortalității corecte, vă rugăm să vă conformați Listei Internaționale a Cauzelor Deceselor

Numele persoanei decedate			
Data decesului	Data nașterii	Cod Numeric Personal	
Locul decesului (în cazul unei instituții medicale, precizați denumirea, adresa și telefonul)			
Cauza decesului:			
Cauza (a)			
Intervalul dintre debut și deces		de la	la
Cauze anterioare (în cazul unor condiții morbide, dacă au existat, precizați-le mai jos)			
Cauza (b)			
Intervalul dintre debut și deces		de la	la
Cauza (c)			
Intervalul dintre debut și deces		de la	la
Alte condiții semnificative (care au contribuit la deces, dar care nu sunt în legătură cu decesul sau cu condiția cauzatoare a decesului)			
Data primei consultații referitoare la ultima îmbolnăvire			
Data ultimei consultații referitoare la ultima îmbolnăvire			
În cazul în care decesul a fost cauzat de un accident, sinucidere, omor, abuz de alcool, etc. vă rugăm precizați și descrieți pe scurt			
A fost întreprinsă vreo anchetă?	DA	<input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
A fost practică o autopsie?	DA	<input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dacă da, de către cine și care au fost concluziile.			
Au existat semne de identificare pe corp.	DA	<input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dacă da, vă rugăm descrieți			
Ați tratat sau consultat decedatul în decursul ultimilor 5 ani?	DA	<input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Dacă da, vă rugăm precizați detalii despre îmbolnăvirile sau vătămrile suferite (în caz de îmbolnăviri, precizați lista din fișa personală folosind pagina verso a acestui formular)			
Așa cum cunoașteți, decedatul a efectuat sau i s-a indicat vreun tratament în ultimii 5 ani, de la orice medic sau instituție medicală?	DA	<input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Precizați numele, adresa și telefonul medicului respectiv			

Aceste declarații sunt adevărate și complete conform cunoștințelor și pregătirii mele.

Data

Numele, adresa și numărul de telefon _____

Semnătura și parafa medicului

Data vizitei medicale	Motivul și simptomatologia	Diagnostic	Evoluție	Tratament

Informații suplimentare

Data _____

Semnătura și parafa medicului

Acest formular nu constituie o sursă de facturare.