

شماره سند: FM-HI-62/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱



فرم گواهی پزشک معالج

• خواهشمند است پس از دریافت مدارک شناسایی معتبر و تطبیق آن با مشخصات مصدوم، موارد زیر را تکمیل فرمایید.

با توجه به اینکه درمان مصدوم توسط اینجانب انجام پذیرفته لذا مسئولیت کلیه پاسخ‌هایی داده شده در زیر متوجه اینجانب می باشد.

تخصص:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

تلفن:

نشانی:

محل صدور:

شماره شناسنامه یا کد ملی:

۱- نام و نام خانوادگی مصدوم:

تاریخ آخرین مراجعه:

۲- تاریخ اولین مراجعه (لطفاً با حروف نوشته شود):

۳- علت صدمه بدنی: حادثه بیماری

۴- نوع صدمات وارده:

۵- آیا مصدوم جهت انجام معالجات لازم به سایر مراکز پزشکی معرفی گردیده، در صورت مراجعه نام و نشانی آن را مرقوم فرمایید.

بله خیر

۶- نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهایی آن:

۷- عضو و یا اعضای که در نتیجه صدمه بدنی موضوع این گواهی دچار آسیب شده و بطور دائم باقی خواهد ماند، ذیلاً مشخص فرمایید.

۸- مصدوم قبل از وقوع حادثه مبتلا به معلولیت‌های جسمانی و یا ذهنی یا بیماری‌های مزمن نظیر ایدز- هیپاتیت- ام اس و... بوده است؟ در صورت ابتلا دقیقاً مشخص نمایید.

مهر و امضاء پزشک معالج و شماره نظام پزشکی:

تاریخ: