INTERAMERICAN

bewell
σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Φόρμα προέγκρισης νοσηλείας

* Για την εγκυρότητα της φόρμας σας, συμπληρώστε ΟΛΑ τα υποχρεωτικά πεδία με τον αστερίσκο.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η συμπλήρωση και η αποστολή της φόρμας είναι απαραίτητη για την έγκριση εισαγωγής σε νοσοκομείο.

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί η φόρμα από τον γιατρό σας και στη συνέχεια να τη στείλετε στο 1010@interamerican.gr

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

Επίθετο ..... Όνομα .....

E-mail ..... Ημ/νία γέννησης H H | M M | E E E E

Αριθμός Συμβολαίου ..... Κινητό .....

2. ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ / ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

Πιθανή διάγνωση: .....

.....

Παράγοντες που επιβάλλουν την εισαγωγή: .....

3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

Διαγνωστικές ενέργειες: .....

Θεραπευτικές ενέργειες: .....

Κλινική που θα πραγματοποιηθεί η νοσηλεία/επέμβαση (σημειώστε αν γνωρίζετε): .....

Έχετε ενεργό κοινωνικό/δημόσιο/κύριο ασφαλιστικό φορέα; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ

◯ Νοσηλεία
◯ ODC/ODS
◯ ΧΜΘ/ΑΚΘ, Ανοσοθεραπεία
◯ Ενδοσκόπηση

4. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

	Περιγραφή	Χρόνος έναρξης
Συμπτώματα:		
Φαρμακευτική αγωγή:		

5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

Με την αποστολή της παρούσας φόρμας, παρακαλούμε όπως επισυναφθούν τα σχετικά πορίσματα των διαγνωστικών εξετάσεων

Είδος εξέτασης	Αποτέλεσμα

6. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

	Τι αφορούσε	Πότε ξεκίνησε / πραγματοποιήθηκε
Πάθηση / Νοσηλείες / Επεμβάσεις		
Λήψη άλλων φαρμάκων		

7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

Ονοματεπώνυμο ..... Ειδικότητα .....

Τηλέφωνο ..... E-mail .....

* Για την εγκυρότητα της φόρμας σας, σιγουρευτείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα υποχρεωτικά πεδία με τον αστερίσκο.

⚠ **Σημαντική παρατήρηση: Σε περίπτωση που δοθεί προέγκριση για νοσηλεία, ισχύει για 45 ημέρες από την ημερομηνία προέγκρισης.**

◯ **Δηλώνω, ως ασφαλισμένος, ότι επιθυμώ να ενημερωθεί ο ασφαλιστικός μου σύμβουλος σχετικά με το αίτημα προέγκρισης και την εξέλιξή της**

*το πεδίο είναι υποχρεωτικό

.....	.....	.....
Ημερομηνία	Υπογραφή ασφαλισμένου	Υπογραφή / Σφραγίδα γιατρού

Η Εταιρία μπορεί να ζητήσει και επιπλέον δικαιολογητικά, αποτελέσματα εξετάσεων, κλπ.

proegrisi_nosilias/072921