

Φόρμα προέγκρισης νοσηλείας

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η συμπλήρωση και η αποστολή της φόρμας είναι απαραίτητη για την έγκριση εισαγωγής σε νοσοκομείο.
Παρακαλούμε να συμπληρωθεί η φόρμα και στη συνέχεια να τη στείλετε στο 1010@interamerican.gr ή στο fax 210 946 1063

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Επίθετο	Όνομα
Πατρώνυμο	Ημ/νία γέννησης <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> / <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Αριθμός Συμβολαίου	Κινητό

2. ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ / ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Πιθανή διάγνωση:

Παράγοντες που επιβάλλουν την εισαγωγή:

3. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Διαγνωστικές ενέργειες:	<input type="radio"/> Νοσηλεία <input type="radio"/> ODC/ ΧΜΘ <input type="radio"/> ODS <input type="radio"/> Ενδοσκόπηση
Θεραπευτικές ενέργειες:	
ΧΜΘ <input type="radio"/> 24ωρη <input type="radio"/> Αντλία <input type="radio"/> Περιοχική <input type="radio"/> Platin, Taxol, IFO, MTX	

4. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

	Περιγραφή	Χρόνος έναρξης
Συμπτώματα:		
Φαρμακευτική αγωγή:		

5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟ

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

Είδος εξέτασης	Αποτέλεσμα

6. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

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

7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο	Ειδικότητα
Τηλέφωνο	E-mail

Σημαντική παρατήρηση: Σε περίπτωση που δοθεί προέγκριση για νοσηλεία, ισχύει για 30 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

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

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