**AK SİGORTA EVCİL HAYVAN SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU**

**Yatarak & AyaktaTedaviler**

Bu form evcil Hayvan sahibinden alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sigorta Şirketi | : |  | Provizyon No | : |  |
| Provizyon/İrtibat  | Telefon | : | (……..)- …………………………. | Mail: | : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klinik / Veteriner hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm | Veteriner Hekim veya Klinik Adı | Kurum Kodu | Telefon No | Mail |
|  |  |  |  |
| Sigorta Ettirenin Adı-Soyadı | : |  |
| Doğum Tarihi | : | ……/……/………… | Evcil Hayvan | : | □ Kedi □ Köpek |
| MikroChip Numarası  | : |  Türü : |
| Kart/Poliçe No | : |  | İrtibat Tlf | : |  |
| E-Posta Adresi | : | …………………………@.................... |
| Başvuru Tarihi | : | ……/……/………… |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Muayene Eden Veteriner Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm | EVCİL HAYVAN Şikâyeti  | : |  |
| Şikâyetin Başlangıç Tarihi |  |  |
| ÖYKÜSÜ | : |   |
| Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile veteriner hekim başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan klinik/hastane / hekimin adı) | : |  |
| Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar | : |  |
| Fizik Muayene Bulguları | : |  |
| Tetkikler / Sonuçları | : |  | □ Poliklinik □ Cerrahi Yatış □ Acil □ Adli Vaka □ Dahili Yatış □ Gebelik  |
| Ön Tanı / Tanı | : |  |  HASTALIK KODU |
|  | Planlanan Tedavi / İşlem | : |  |
| Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri  |
| Doktor | : |  | İlaç | : |  |
| Röntgen | : |  | Sarf Malzeme | : |  |
| Laboratuvar | : |  | Diğer (Açıklayınız) | : |  |
|  |  |  | Toplam | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Veteriner Hekim Adı-Soyadı | : |  |
|  |  |
| İrtibat Telefonu | : |
| İmza / Kaşe | : |

Anlaşmalı Veteriner Hekim / Kliniklerde yapılan her türlü tedavi Anlaşmalı Veteriner hekim / Klinik ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre verilir. Anlaşmalı Klinik veya veteriner hekim muayenehanelereinde kadrosuz bir veteriner hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar anlaşmalı fiyatlara göre hesaplanacaktır. Bu durumda sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigorta Şirketi adına;

Onaylanan Tutar Sigortalı Payı;

Reddedilen Tutar Red Sebebi ;

İmza

**Sigorta Ettirenin Beyanı**

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin evcil hayvanım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı  | :  |  |
| Tarih | : |   | İmza | : |  |