**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 | : |  |