



فرم طرح درمان بیماران خاص

شرکت خدمات بیمه ای بهین پوشش آتیه پاسارگاد

شماره پرونده: بیمه گذار:
نام و نام خانوادگی بیمار: نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:
کد ملی بیمار: تاریخ تولد:
آدرس:
شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

تشخیص بیماری:

روش درمان:

تاریخ شروع درمان:

طول مدت درمان و تعداد دوره های درمانی:

فاصله بین هر دوره	تعداد دوره مصرف	دوز مصرفی	تعداد	نام دارو	ردیف

مهر و امضاء پزشک