

بیمه شده محترم، در صورت درخواست آزمایش خون از طرف بیمه گر، جهت افزایش اعتبار جواب آزمایش، لطفاً ۱۲ ساعت قبل از مراجعه جهت نمونه گیری از هر نوع خوردن و آشامیدن خودداری فرمائید.



مسئول محترم مرکز خدمات پزشکی:

تاریخ:

کد نماینده:

شماره شناسه پرسشنامه:

با سلام،

بدینوسیله، بیمه شونده عمر و تشکیل سرمایه سامان، جهت انجام آزمایشهای ذیل معرفی می گردد، ضمناً نتایج آزمایشات به صورت محرمانه برای شرکت بیمه سامان ارسال گردد:

نام و نام خانوادگی بیمه شده :
شماره شناسنامه :
تاریخ تولد :
فرزند:
شماره کارت ملی:

آزمایشهای لازم :

آزمایشات مورد نیاز	علامت اختصاری	
معاینه پزشکی	الف	<input type="checkbox"/>
معاینه پزشکی + نوار قلب + Lab	ب	<input type="checkbox"/>
معاینه پزشکی + نوار قلب + ماموگرافی سینه (ویژه خانمها) + Lab	ب +	<input type="checkbox"/>
معاینه پزشکی + تست ورزش + ماموگرافی سینه و پاپ اسمیر (ویژه خانمها) + تست PSA (ویژه آقایان) + Lab	ج	<input type="checkbox"/>
CBC – Diff – ESR – FBS – HgA1C – BUN – Cr – Cholesterol - HDL – TG – SGOT – SGPT – Urine Analysis – Uric Acid	Lab	<input type="checkbox"/>

آدرس بیمه شده:

شماره تلفن/همراه:

کارشناس صدور

نام / تاریخ / امضاء

آزمایش دهنده موظف است هنگام مراجعه به آزمایشگاه اصل کارت ملی و شناسنامه خود را همراه داشته باشد.

طبق قرارداد منعقد شده، مشخصات درج شده در این فرم، با کارت ملی و شناسنامه بیمه شونده، تطبیق داده شده و مورد تایید آزمایشگاه می باشد.

تایید مسئول آزمایشگاه