



گواهی طرح درمان بیماران خاص ( فرم  
شماره ۲ )

محل الصاق عکس

شعبه .....

تکمیل توسط شعبه

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی :  
اصلی:

نام پدر:

نسبت با بیمه شده

کدملی :

شماره شناسنامه:

تاریخ تولد:

نام بیمه گزار:

دفترکل / کد مستمری بگیر/ کد پرسنلی :

استان بیمه شده:

آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه بیمه شده:

تشخیص بیماری:

روش درمان:

دارو درمانی

رادیوتراپی با ذکر تعداد جلسات

تاریخ شروع درمان:

طول مدت درمان و تعداد دوره های درمانی:

تکمیل توسط پزشک معالج

ردیف	نام دارو	تعداد	دوز مصرفی	تعداد دوره مصرف	فاصله بین هر دوره
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

تاریخ تکمیل فرم :

مهر و امضا پزشک معالج:

آدرس و تلفن پزشک :

مهر و امضای پزشک معتمد شعبه:

مهر و امضای رئیس اداره اسناد پزشکی: