


تاریخ آخرین ورژن: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵	<b>فرم چک لیست دریافت اسناد بیمارستانی</b> <b>شرکت پیشگام الوند اتحاد</b> <b>(درمانت)</b>	
کد: DNT-OP-F-01-V01		

«اطلاعات بیمار»		
نام بیمار:	نام بیمه شده اصلی:	نام بیمه گزار:
اقدام:	تاریخ بستری:	تاریخ ترخیص:

### چک لیست ارزیابی خسارت بیمارستانی

«مستندات پرونده»							
بالینی							
ندارد	دارد	عنوان سند	*	ندارد	دارد	عنوان سند	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارش CT-SCAN	۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برگه خلاصه پرونده	۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انواع اسکن (قلب، ریه و ...)	۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شرح حال	۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سونوگرافی قبل از عمل	۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سیر بیماری	۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فیزیوتراپی	۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیهوشی	۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شنوایی سنجی	۱۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شرح عمل	۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اورژانس روز حادثه	۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستورات پزشک	۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستور بستری	۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارشات پرستاری	۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارش حادثه	۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاوره	۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بینایی سنجی (در خصوص اقدامات مربوط به عیوب انکساری)	۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارش پاتولوژی	۹
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارش MRI	۱۰
مالی							
ندارد	دارد	عنوان سند	*	ندارد	دارد	عنوان سند	*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل صورت حساب مهر شده		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ریز صورت حساب (آزمایشات-تصویربرداری-دارو و لوازم-پاراکلینیکی و ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل فاکتور دارو و لوازم برای مبلغ بالای ۱۰ میلیون ریال		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل فاکتور تجهیزات مصرفی (در صورت استفاده در اتاق عمل)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فرم انصراف از سهم بیمه گر پایه و یا گواهی پرداخت بیمه گر پایه به همراه مبلغ پرداختی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صورت وضعیت اتاق عمل		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل فاکتور استنت و بالن آنژیوپلاستی (در خصوص خدمات اینترونشنال)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		۷

❖ توضیحات تکمیلی:

تاریخ:

امضاء: