

DECLARAȚIA MEDICULUI – EXTRAMED

Vă rugăm să bifați conform serviciilor de care a beneficiat pacientul (pentru care se transmit documente suport):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internare în spital | <input type="checkbox"/> Anestezie |
| <input type="checkbox"/> Spitalizare | <input type="checkbox"/> Transportul cu ambulanța |
| <input type="checkbox"/> Spitalizare în terapie intensivă | <input type="checkbox"/> Vizita medicală la domiciliu |
| <input type="checkbox"/> Convalescență | <input type="checkbox"/> Monitorizarea diagnosticării |
| <input type="checkbox"/> Intervenție chirurgicală | |

I. DATE DE IDENTIFICARE A ASIGURATULUI POLIȚEI (pacientul dumneavoastră):

Numele și prenumele pacientului: _____

Codul Numeric personal: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evenimentul a survenit ca urmare a unui Accident a unei Îmbolnăviri

Menționați data apariției primelor simptome ale îmbolnăvirii/ data producerii accidentului: __ / __ / ____

II. DATE PRIVIND EVENIMENTUL PENTRU CARE SE SOLICITĂ DESPĂGUBIRE PRECUM ȘI ISTORICUL MEDICAL AL ASIGURATULUI:

Menționați diagnosticul, anamneza, eventualele complicații, perioada de spitalizare. În cazul în care s-a practicat o intervenție chirurgicală, vă rugăm să precizați detalii:

Data internării: __ / __ / ____ Data externării: __ / __ / ____

Pentru intervenția chirurgicală ca urmare a evenimentului suferit a fost necesară folosirea anesteziei?

DA NU Tipul de anestezie: _____

Numele, și numărul de telefon al instituției medicale: _____

Care a fost prima data când acest pacient a fost consultat sau tratat în legătură cu această / aceste / aceste accidente / îmbolnăviri?

Data: __ / __ / ____

Dacă, ca urmare a accidentului, a avut loc o imobilizare într-o formă medicală (aparatură gipsată, atelă gipsată, etc.), precizați localizarea și durata imobilizării: _____

În cazul în care pacientul a suferit o arsură, vă rugăm precizați gradul și suprafața în procente sau cm², precum și îngrijirile medicale acordate: _____

După perioada de spitalizare sunt necesare zile de recuperare la domiciliu? Se recomandă concediul medical?

DA NU

În cazul unui răspuns pozitiv, vă rugăm specificați numărul de zile de convalescență _____

A fost necesar transportul asiguratului cu ambulanța? DA NU

Sunt necesare vizite medicale la domiciliu în termen de 180 zile în legătură directă cu tratamentul post-spitalizare sau postoperator ca urmare a evenimentului suferit? DA NU

Este necesară o monitorizare a diagnosticării în termen de 180 zile în legătură directă cu tratamentul post-spitalizare sau postoperator ca urmare a evenimentului suferit? DA NU

A mai avut pacientul același tip sau alte tipuri similare de îmbolnăviri / accidente în trecut? DA NU

Dacă da, precizați detalii: _____

Ați mai tratat anterior acest pacient? DA NU

Dacă da, când? __ / __ / ____ Precizați motivul: _____

Pacientul prezintă vreă suferință sau afecțiune cronică? Dacă da, vă rugăm descrieți (specificați de când):

Descrieți starea actuală de sănătate a pacientului: _____

Certific în continuare că toate răspunsurile la întrebările de mai sus sunt corecte și adevărate conform cunoștințelor mele.

Numele, semnătura și parafa medicului _____ Data: __ / __ / ____

Adresa și numărul de telefon: _____

Acest formular nu constituie o sursă de facturare

MetLife Europe Designated Activity Company este o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062. Directori și cetățenie: Sarah Alicia Celso (Americană), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă)

Sucursală din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464