



بیمه پاسارگاد

## گواهی پزشک معالج

\*گواهی می بایست فاقد هرگونه قلم خوردگی باشد.  
\*در صورت نقص و یا عدم تکمیل گواهی، قابلیت بررسی وجود نخواهد داشت.  
\*خواهشمند است مشخصات مصدوم، حتماً با کارت شناسائی عکس دار تطبیق داده شود.

مراتب ذیل مورد تأیید و گواهی اینجانب:

جناب آقای / سرکار خانم دکتر: ..... متخصص: ..... به شماره نظام پزشکی: .....

به آدرس: ..... تلفن: ..... می باشد.

1. نام و نام خانوادگی مصدوم: ..... کدملی: .....

2. شماره شناسنامه: ..... نام پدر: ..... محل صدور: .....

3. تاریخ اولین مراجعه (به حروف و عدد نوشته شود): .....

4. تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده): .....

5. صدمه بدنی، ناشی از حادثه می باشد یا بیماری؟ .....

6. چنانچه مصدوم جهت انجام معالجات پزشکی به سایر مراکز درمانی معرفی گردیده است، لطفاً نام و نشانی آن مراکز را مرقوم فرمائید:

7. تاریخ آخرین مراجعه (به حروف و عدد نوشته شود): .....

8. نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن: .....

9. لطفاً عضو و یا اعضای که در نتیجه صدمه بدنی مندرج در بند (4) فوق، دچار آسیب دیدگی گردیده و به طور دائم باقی خواهد ماند را مشخص فرمائید. (صرفاً صدمات بدنی در ارتباط با حادثه موضوع این گواهی، مورد نظر می باشد): .....

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ: