



مشخصات فردی

شماره :
تاریخ :
پیوست :

«فرم ارجاع جانبازان به خارج از مرکز»

نام و نام خانوادگی : نام پدر :
شماره پرسنلی : درصد جانبازی / نام شهید :
شهر محل سکونت : استان :
شهر محل ارجاع : استان :
شرح خلاصه بیماری :
امضاء متقاضی مهر و امضاء / ستاد رفاهی

<p>تأییدیه تشخیص اولیه و ارجاع توسط پزشک معتمد :</p> <p>نظریه پزشک :</p> <p>مهر و امضاء پزشک معتمدینادشهید</p>	<p>گزارش تشخیص اولیه و علت ارجاع توسط پزشک معالج :</p> <p>نظریه پزشک :</p> <p>آیا ادامه درمان در استان وجود دارد ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار نیاز به همراه برای مراقبت درمانی دارد ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج</p>
---	--

پرداخت های مستقیم و مورد تأیید جهت مراجعه به مرکز مطابق آیین نامه

- ۱ - مسافرت درمانی : بلیط هواپیما بلیط اتوبوس بلیط قطار سایر.....
- ۲ - ایاب و ذهاب درمانی : قبض آژانس اسکان غذا
- ۳ - نیاز به حضور همراه : می باشد ؛ تعداد نمی باشد
- ۴ - نام همراه: نسبت :

مدیرامورمالی / اداره رسیدگی مهر و امضاء / معاونت پشتیبانی

نظریه پزشک معالج خارج از مرکز :

تشخیص اولیه :
برنامه درمانی :

مهر و امضاء پزشک درمانگر خارج از مرکز

