

Αρ.Απαίτησης: .....

Αρ. Συμβολαίου: .....

Κωδικός : .....

## ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΤΥΠΟΣ "Α"

**Προς συμπλήρωση από τον θεράποντα Ιατρό κατά την ημέρα εισόδου του ασθενούς στο νοσοκομείο / κλινική**

Όνομα Νοσοκομείου / Κλινικής.....
Όνομα Ασθενούς.....
Όνομα Εταιρείας (σε περίπτωση ομαδικού σχεδίου).....
Συμπτώματα(λεπτομέρειες).....
.....
Πότε εμφανίσθηκαν τα συμπτώματα:.....
Πότε σας συμβουλευθήκε η/ο ασθενής.....
Είστε ο προσωπικός Ιατρός του ασθενούς:.....
Διαπιστώσεις (λεπτομερώς).....
.....
Προκαταρκτική διάγνωση:.....
Θεραπευτική αγωγή(λεπτομερώς, φάρμακα, δόσεις κλπ.).....
.....
Νοσηλεύεται ο ασθενής στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης; (εάν ναι, γιατί):.....
.....
Υπολογιζόμενη διάρκεια θεραπείας.....
.....
Ημερ.:..... Όνομα Ιατρού:..... Υπογρ. & σφραγίδα Ιατρού:.....

Ουδεμία απαίτηση γίνεται αποδεκτή εάν δεν συμπληρωθεί και υποβληθεί στην Atlantic Insurance Co.Ltd έγκαιρα ο Τύπος "Α".

## ΤΥΠΟΣ "Β"

**Να συμπληρωθεί την τρίτη ημέρα θεραπείας σαν εσωτερικός ασθενής ή πριν το εξιτήριο (οποιοδήποτε προηγείται)**

Τελική διάγνωση:.....
.....
Συμπτώματα και κατάσταση ασθενούς.....
.....
Νοσηλεύεται ο ασθενής στην Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης;(Εάν ναι, γιατί & για πόσες μέρες).....
.....
Θεραπευτική αγωγή(λεπτομερώς, φάρμακα, δόσεις κλπ.).....
.....
Αναμενόμενη ημερομηνία εξόδου:.....
Υπολογιζόμενη δαπάνη θεραπείας: €.....
.....
Ημερ.:..... Όνομα Ιατρού:..... Υπογρ. Ιατρού:.....
.....
Ημερ.:..... Όνομα Ασφαλισμένου:..... Υπογρ. Ασφαλισμένου:.....

Ουδεμία απαίτηση γίνεται αποδεκτή εάν δεν συμπληρωθεί και υποβληθεί στην Atlantic Insurance Co.Ltd έγκαιρα ο Τύπος "Β".

Αρ. Απαίτησης:.....

Αρ. Συμβολαίου:.....

Κωδικός :.....

## ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΤΥΠΟΣ Γ

**ΚΑΜΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΔΕΝ ΘΑ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΝΕΤΑΙ ΕΑΝ ΔΕΝ ΥΠΟΒΑΗΘΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΩΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΤΛΑΝΤΙΚ ΤΑ ΕΝΤΥΠΑ Α ΚΑΙ Β ΚΑΙ ΕΑΝ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ Γ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΕΟΝΤΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟ**

**Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΤΛΑΝΤΙΚ ΠΛΗΡΩΝΕΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΥΨΟΣ ΤΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΠΟΥ ΧΡΕΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΙΟΨΗΦΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Η/ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΣΥΜΒΕΙ ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ.**

Όνομα Ασθενούς.....

Όνομα Εταιρείας (σε περίπτωση ομαδικού σχεδίου).....

Όνοματεπώνυμο Θεράποντος Ιατρού.....

Ειδικότητα.....

Ημερομηνία Εισαγωγής του Ασθενούς..... Ημερομηνία Εξιτηρίου.....

Διάγνωση(παρακαλούμε επισυνάψετε Ιατρική Έκθεση).....

Θεραπεία στον Θάλαμο Εντατικής Παρακολούθησης..... μέρες x €..... €.....

Νοσηλεία..... μέρες x €..... €.....

Αμοιβή Θεράποντος Ιατρού η/και Χειρουργού..... μέρες x €..... €.....  
(παρακαλούμε επισυνάψετε χρεωστική σημείωση)

Όνομα Αναισθησιολόγου..... αμοιβή €.....

Όνομα Φυσιοθεραπευτή..... αμοιβή €.....

Εργαστηριακές Εξετάσεις..... €.....  
(παρακαλούμε επισυνάψετε χρεωστικές σημειώσεις και αποτελέσματα)

Έξοδα Ασθενοφόρου..... €.....

Ακτινοσκοπήσεις και Υπερηχογραφήματα..... €.....  
(παρακαλούμε επισυνάψετε χρεωστικές σημειώσεις και αποτελέσματα)

Φάρμακα (σε λεπτομέρεια) ..... €.....

..... €.....

..... €.....

..... €.....

..... €.....

Ηλεκτροκαρδιογραφήματα (παρακαλούμε επισυνάψετε)..... €.....

Άλλα..... €.....  
(παρακαλούμε επισυνάψετε χρεωστικές σημειώσεις και αποτελέσματα)

Μετά την διεκπεραίωση της απαίτησης όλα τα σχετικά έγγραφα θα επιστραφούν

TOTAL: €.....

Παρακαλούμε σημειώστε Χ στο ανάλογο τετραγωνάκι:

Να επιστραφούν όλα τα έγγραφα σε μένα

Να επιστραφούν στον ασθενή

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Υπογρ. & σφραγίδα Ιατρού.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου.....

Ημερομηνία .....

Ημερομηνία.....