



دکتر:

شماره پرونده:

تاریخ:

معرف:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شناسنامه:

کد ملی:

تاریخ تولد:

شغل:

نشانی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

آیا تا کنون به موارد زیر مبتلا بوده اید؟

- ☐ فشار خون ☐ بیماری های قلبی-عروقی ☐ بیماری های سیستم تنفسی ☐ بیماری های خونی و انعقادی ☐ آسم ☐ پرکاری تیروئید ☐ هپاتیت-یرقان ☐ رماتیسم قلبی ☐ بیماری های گوارشی ☐ تشنج و صرع ☐ ایدز ☐ دیابت

هرگونه موارد غیر طبیعی و یا قید نشده را شرح دهید:

آیا از داروی خاصی استفاده میکنید؟ خیر ☐ بله، نام دارو: علت دریافت آن:

بیمار/ ولی بیمار آقای/خانم: با امضای این برگه رضایت کامل و منجز خود را در خصوص انجام

کلیه خدمات دندانپزشکی بیمار آقای خانم: اعلام نموده و به استثنا مواد ۴۹۵، ۴۹۶ و تبصره

های آن و ماده ۴۹۷ از قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۰۲/۰۱ کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس شورای اسلامی برائت

پزشک معالج را نسبت به هرگونه آسیب بدنی در جریان درمان بیمار و یا بعد از آن اعلام و تایید می نمایم.

امضا و اثر انگشت بیمار / ولی بیمار:

بیمه پایه:

بیمه مکمل:

فرانشیز:

T.P

O.P.G

P.A

Ceph

باقی مانده	دریافتی	مبلغ کل	شرح درمان	دندانپزشک	تاریخ

[illegible]