

بنیاد نیکوکاری الغدیر دلجان

تاریخ:

شماره:

شماره ثبت: ۸۳

تحت نظارت اداره کل بهزیستی استان مرکزی (مجوز ۳۰/۵/۳۰۰۵۹ مورخ ۸۸/۱۰/۲۷)

فرم مشخصات بیماران مراجعه کننده

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: محل تولد: کد ملی:
وضعیت تأهل: فرزند: شغل: محل کار: اصالت:

مشخصات والدین/همسر

نام پدر: شغل: محل کار: تلفن:
نام مادر: شغل: محل کار: تلفن:
نام همسر: شغل: محل کار: تلفن:

مشخصات بیمه

نوع بیمه: تکمیلی:
تحت پوشش سایر مراکز:

مشخصات بیماری

نوع بیماری:
سابقه درمان:

نظریه بنیاد

نظریه پزشک معتمد بنیاد

معرف / معرفان

۱- نام و نام خانوادگی: شغل و محل کار: تلفن: امضاء:
۲- نام و نام خانوادگی: شغل و محل کار: تلفن: امضاء:

محل سکونت

آدرس: تلفن همراه / ثابت:
کد پستی: شماره حساب سیبا ملی: