



بنیاد نیکوکاری الغدیر دلجان

شماره ثبت: ۸۳

تاریخ:

شماره:

فرم مشخصات بیماران مراجعه کننده

تحت نظارت اداره کل بهزیستی استان مرکزی (مجوز شماره ۳۰/۵/۳۰۰۵۹ مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۷)

مشخصات بیمار	نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: محل تولد: محل تولد: کد ملی:	
	شغل بیمار: محل کار: اصالت: وضعیت تأهل: تعداد فرزندان:	
شرح حال خانواده	سرپرست خانواده: میزان درآمد ماهیانه:	
	نام پدر بیمار: شغل: نام مادر بیمار: شغل: نام همسر بیمار: شغل: نام فرزندان: شغل:	
مشخصات بیماری	نوع بیماری:	
	سابقه درمان:	
مشخصات بیمه	نوع بیمه:	
	تکمیلی: تحت پوشش سایر مراکز:	
نظریه بنیاد		
نظریه پزشک معتمد بنیاد		
معرف / معرفان	* مکاتبه شده از: نامه شماره: مورخ:	
	- نام و نام خانوادگی: شغل و محل کار: تلفن: امضاء:	
محل سکونت	نام و نام خانوادگی: شغل و محل کار: تلفن: امضاء:	
	آدرس بیمار: وضعیت منزل:	
تشکیل پرونده متقاضی	تلفن همراه: تلفن ثابت: شماره حساب سیبا ملی:	
	نام و نام خانوادگی: شغل: شماره تماس: نسبت با بیمار:	
آدرس متقاضی تشکیل پرونده بیمار: امضا و تاریخ:		