

فرم خوداظهاري درخصوص سوابق بيماريهاي فردي و خانوادگي

«بيمه شده اصلي - خانوادگي»

مشخصات فردي: نام: نام خانوادگي: نام پدر: شماره شناسنامه:

الف: سوابق فردي:

۱. سابقه بستري شدن در بلي خير توضيحات:
- بيمارستان:
۲. سابقه عمل جراحي قلب: بلي خير توضيحات:
۳. سابقه عمل جراحي مغز: بلي خير توضيحات:
۴. سابقه عمل جراحي ستون بلي خير توضيحات:
- فقرات:
۵. سابقه عمل جراحي پيوند بلي خير توضيحات:
- كلييه:
۶. سابقه عمل جراحي چشم: بلي خير توضيحات:
۷. سابقه عمل جراحي گوش: بلي خير توضيحات:
۸. سابقه عمل جراحي پروستات: بلي خير توضيحات:
۹. ساير اعمال جراحي: بلي خير توضيحات:
۱۰. سابقه آنژیوگرافي: بلي خير توضيحات:
۱۱. سابقه سكته قلبي: بلي خير توضيحات:
۱۲. سابقه سكته مغزي: بلي خير توضيحات:
۱۳. سابقه خونريزي معده و بلي خير توضيحات:
- دستگاه گوارش:
۱۴. سابقه ورم پا: بلي خير توضيحات:
۱۵. سابقه استفاده از سمك: بلي خير توضيحات:
۱۶. سابقه اعتياد به مواد مخدر: بلي خير توضيحات:
۱۷. سابقه حساسيت دارويي: بلي خير توضيحات:
۱۸. سابقه مصرف مستمر دارو: بلي خير توضيحات:
۱۹. سابقه مصرف دخانيات: بلي خير توضيحات:
۲۰. سابقه آلرژي (حساسيت) بلي خير توضيحات:
- (تنفسي، پوستي و ...)
۲۱. سابقه فشار خون: بلي خير توضيحات:
۲۲. سابقه بيماريهاي: بلي خير توضيحات:
۲۳. روحي - رواني (افسردگي، بلي خير توضيحات:
- پرخاشگري و ...)
۲۴. عفوني (سل، ايدز، هپاتيت، بلي خير توضيحات:

ب: سوابق خانوادگی: (موارد مثبت علامت × زده شود)

اینجانب نام
پدر با امضاء ذیل این فرم صحت
اظهارات خود را گواهی می‌نمایم و هرگاه سازمان تأمین اجتماعی
خلاف اظهارات اینجانب را مشاهده نماید مجاز می‌باشد تا هرگونه
برخورد قانونی را با اینجانب به عمل آورد.

تکمیل:

تاریخ

امضاء و اثر انگشت: