

**KORONER ARTER BY-PASS GRAFT CERRAHİSİ TIBBİ BİLGİ FORMU**

(Sigortalının Doktoru tarafından doldurulup, imzalanacaktır.)

Sayın Doktor,

Lütfen bu formda yer alan bütün soruları, hiçbir soruyu boş bırakmadan cevaplandırınız ve bu formu Sigortalı'ya veya Sigortalı yakınlarına veriniz. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

<b>Hastanın Adı Soyadı</b>	
Hastanıza koroner arter by-pass graft cerrahisi uygulanmasını gerektiren durumla ilgili tüm detayları yazınız.	
Hastanızın bu durumla ilgili ilk kez hangi tarihte size başvurduğunu yazınız.	/ /
Hastanızın kendisine konan tanıyı ilk kez hangi tarihte öğrendiğini yazınız.	/ /
Operasyonun hangi tarihte yapıldığını yazınız.	/ /
Cerrahi işlemde kullanılan graft sayısı ve lokalizasyonu hakkında bilgi veriniz.	
Hastanızın şikayetlerinin size başvurmadan önce ne süredir var olduğunu yazınız.	
Hastanızın özgeçmişiyle ilgili tarih ve tedavi detaylarını içeren bilgi veriniz.	
Hastanızın soy geçmişiyle ilgili bilgi veriniz	

**Bu formla birlikte hastane kayıtlarının bir kopyasını da lütfen Şirketimize gönderiniz.**

<b>Tarih</b>	/ /		
<b>Kaşeniz ve imzanız</b>		<b>Size ulaşabileceğimiz numaralarınız</b>	
		<b>Telefon</b>	(0 )
		<b>Faks</b>	(0 )

Sayın Sigortalı veya yakınları, Bu formun işleme alınabilmesi için, bu formun doktor tarafından kaşelenmiş ve imzalanmış aslını, lütfen Şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta ile gönderiniz. Faks ile gönderilen talepler işleme alınmayacaktır. Bu talep Şirkete ulaştığı tarihten sonraki iki işgünü içerisinde işleme alınır.

Genel Müdürlük Saray Mah. Dr. Adnan Büyükdenez Cad. No:12 34768 Ümraniye/İSTANBUL Faks: (0216) 634 38 88  
Müşteri Memnuniyet Merkezi: 444 11 11 [musteri@avivasa.com.tr](mailto:musteri@avivasa.com.tr) [www.avivasa.com.tr](http://www.avivasa.com.tr)  
İstanbul Ticaret Odası (İTO) , Ticaret Sicil No: 27158