

**BÖBREK YETMEZLİĞİ 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>	
Hastanızda böbrek yetmezliğine neden olan durum hakkında bilgi veriniz.	
Hastalığın durumunu açıklayınız (akut veya kronik oluşu-hastalığın her iki böbrekte olup olmadığı)	
Hastanızın böbrek yetmezliği son dönemde midir?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hastanız düzenli olarak periton dializi veya hemodialize girmekte midir?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hastanızın bu durumla ilgili ilk kez hangi tarihte size başvurduğunu yazınız.	/ /
Hastanızın kendisine konan tanıyı ilk kez hangi tarihte öğrendiğini yazınız.	/ /
Endikasyon varsa, hastanıza sürekli diyaliz uygulamasının başlatıldığı tarihi yazınız.	/ /
Hastanıza böbrek nakli yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Eğer yapıldıysa ameliyat tarihini yazınız.	/ /
Hastanızın şikayetlerinin size başvurmadan önce ne süredir var olduğunu belirtiniz	
Hastanızın özgeçmişiyile ilgili tarih ve tedavi detaylarını içeren bilgi veriniz	
Hastanızın soygeçmişiyile 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 alınamayacaktır. Bu talep Şirkete ulaştığı tarihten sonraki iki işgünü içerisinde işleme alınır.

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