

محل الصاق
عکس متقاضی

ممه‌ور به مهر
نماینده‌گی سیاسی

فرم معاینات متقاضیان بیمه ایرانیان خارج از کشور

پزشک محترم.....

در اجرای بند ۳ یک هزار و چهار صد و هشتاد و هشتادمین جلسه هیأت مدیره محترم مورخ ۹۳/۱/۲۰ (موضوع آئین نامه اجرائی بیمه ایرانیان خارج از کشور) کلیه متقاضیان بیمه بازنشستگی ، از کارافتادگی و فوت با نرخ حق بیمه ۲۰٪ می بایست بدواً با هزینه شخص متقاضی مورد معاینه پزشکی قرار گیرند. بنابراین خواهشمند است نسبت به انجام معاینات پزشکی به شرح ذیل اقدام و نتیجه را اعلام فرمایند .

الف) مشخصات متقاضی :

نام : نام خانوادگی : نام پدر :
تاریخ تولد : شماره شناسنامه : کد ملی :
شماره بیمه :

ب) سوابق بیماری :

- سابقه بیماری ، بستری یا عمل جراحی در بیمارستان :
- سابقه بیماری ارثی و خانوادگی :
- سابقه مصرف دارو :
- نقص عضو :
- در صورت معافیت پزشکی از خدمت زیر پرچم علت آن ذکر گردد :

ج) اینجانب آقای / خانم با هوشیاری کامل ، صحت کلیه مطالبی را که به عنوان سوابق بیماری شخصی ، ارثی و خانوادگی و می باشد را تأیید و اعلام می نمایم که نوع بیماری و سوابق درمانی خود را به منظور انجام دقیق معاینات به اطلاع پزشک معتمد رسانده ام و مسئولیت قانونی کتمان واقعیت و هرگونه اطلاعات خلاف واقع را می پذیرم .

امضاء و اثر انگشت

متقاضی

د) معاینات بالینی :

قد : وزن : فشار خون : نبض :

ردیف	سیستم ها و دستگاههای بدن	طبیعی	غیر طبیعی	توضیحات: مستندات درج گردد
۱	تنفسی			
۲	قلب و عروق			
۳	گوارش و کبد			

۴	ادراری / تناسلی		
۵	غدد مترشحه داخلی		
۶	اسکلتی و عضلانی		
۷	گوش و حلق و بینی و دهان		
۸	چشم		
۹	مغز و اعصاب		
۱۰	اعصاب و روان		
۱۱	پوست ، مو و ناخن		

(ر) پاراکلینیک :

ردیف	نوع آزمایش	نتیجه		توضیحات
		طبیعی	غیر طبیعی	
۱	CBC,DIFF			
۲	ESR			
۳	FBS			
۴	BUN			
۵	CR			
۶	U/A			
۷	ALT, AST			
۸	HbsAG			
۹	HcvAb			
۱۰	HIVAb			
۱۱	CHOL (۳۵ سال به بالا)			
۱۲	TG (۳۵ سال به بالا)			
۱۳	S/E-FOBT (۵۰ سال به بالا)			
۱۴	EKG (۳۵ سال به بالا)			
۱۵	سایر			

توجه:

انجام آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی اعم از اپتومتری ، ادیومتری

-۱

، اسپیرومتری و..... حسب مورد (به شرح جداول ذیل) با تشخیص پزشک معتمد انجام گیرد.

اپتومتری:

تاریخ انجام:		
چشم راست	بدون اصلاح:	
	با اصلاح:	
چشم چپ	بدون اصلاح:	
	با اصلاح:	
دید رنگ:		
میدان بینائی:		
تفسیر:		

ادیومتری:

تاریخ انجام:								
فرکانس	۱۲۵	۲۵۰	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۴۰۰۰	۸۰۰۰	
گوش راست	هوایی							
	استخوانی							
گوش چپ	هوایی							
	استخوانی							
تفسیر:								

اسپیرومتری:

تاریخ انجام:		
FEV1	FVC	
FEV1/FVC%	FEF	PEF
تفسیر:		

۲- کلیه مدارک کلینیکی و پاراکلینیکی مورد استناد می بایست پیوست نتیجه معاینات گردد.

۳- در صورت لزوم و حسب مورد نظریه مشاوره ای از سایر پزشکان متخصص اخذ و سپس اظهار نظر قطعی توسط پزشک معتمد صورت پذیرد.

ز) در صورت نیاز به مشاوره تخصصی :

همکار / همکاران محترم آقای / خانم دکتر پزشک / پزشکان متخصص قلب و عروق □ ، ارتوپدی □ ،
جراحی مغز و اعصاب □ ، ENT □ ، نورولوژی □ ، روانپزشکی □ ، چشم □ ، ارولوژی □ و سایر: ، با
توجه به معاینات و یافته های کلینیکی و پاراکلینیکی و از متقاضی فوق ، با تشخیص اولیه
..... نیاز به اخذ مشاوره تخصصی می باشد خواهشمند است پس از
بررسی لازم ، نظریه تخصصی خود را اعلام فرمائید .

مهر و امضاء

پزشک معتمد

س) نظریه مشورتی پزشک / پزشکان متخصص

با توجه به معاینات به عمل آمده ، متقاضی فوق مبتلا به بیماری / نقص عضو
.....
.....
نمی باشد / می باشد .

مهر و امضاء

پزشک / پزشکان

مشاور

ش) گواهی نهائی پزشک معتمد :

اینجانب دکتر : دارای شماره نظام پزشکی : ضمن انجام دقیق معاینات و تکمیل بندهای ب، د، ر ، س ، فرم
و قبول مسئولیت آن ، اعلام می نمایم که آقای / خانم صاحب عکس فوق با توجه به معاینات به عمل آمده و مدارک
درمانی مربوطه :

مبتلا به بیماری می باشد ذکر نوع بیماری یا عارضه :

مبتلا به بیماری نمی باشد

تاریخ معاینه :

مهر و امضاء پزشک معتمد

تذکرات مهم :

۱- این فرم بعد از تکمیل توسط پزشک معتمد و ترجمه آن ، باید به

تأیید نمایندگی سیاسی جمهوری اسلامی در کشور محل اقامت برسد.

۲- این گواهی صرفاً جهت انعقاد قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل

آزاد معتبر بوده و ارزش دیگری ندارد .

۳- فرم باید بدون هرگونه خط خوردگی باشد لذا فرم مخدوش معتبر

نخواهد بود.