



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان



اداره کل بیمه سلامت استان گیلان

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستائی (شماره ۱)

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع :

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به متخصص :

مهر شناسایی مرکز:

مهر و امضاء پزشک خانواده:

(شماره ۲)

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک متخصص فوق تخصص به سایر رشته های تخصصی و فوق تخصصی

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع :

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به متخصص/فوق تخصص :

مهر و امضاء پزشک متخصص/فوق تخصص و یا مهر مرکز درمانی/بیمارستان

فرم ارجاع بیمار توسط پزشک متخصص / فوق تخصص به مراکز درمانی و بیمارستانهای طرف قرارداد برنامه جهت دریافت خدمات بستری (شماره ۳)

نام و نام خانوادگی بیمار :

شماره ملی بیمار :

کد ارجاع :

تاریخ ارجاع :

تشخیص احتمالی :

ارجاع به مرکز درمانی/بیمارستان :

مهر و امضاء پزشک متخصص/فوق تخصص:

* مهر شناسایی مرکز درمانی/بیمارستان:

پیوست ۱- فرم ارجاع

- توضیحات: در صورت عدم امکان ارائه خدمتی در بیمارستان مبدأ و نیاز به ارجاع بیمه شده به بیمارستان دیگر، این فرم توسط پزشک متخصص/فوق تخصص در بیمارستان تکمیل و مهر گردد.