

فرم ثبت نام بیمار

شماره شناسایی: _____ شماره جدول: _____
 نام: _____ نام خانوادگی: _____ نام وسط: _____ لقب: _____
 بیمار دارای بیمه نامه است بیمار خود تعهدکننده و مسوول پرداخت است

مشخصات تعهدکننده (اگر شخصی غیر از بیمار است):

نام: _____ نام خانوادگی: _____ نام وسط: _____
 آدرس: _____ آدرس دوم: _____
 شهر، ایالت، زیپ کد: _____ شماره پیجر: _____
 تلفن منزل: _____ تلفن محل کار: _____ داخلی: _____ تلفن همراه: _____
 تاریخ تولد: _____ شماره ملی: _____ شماره گواهینامه رانندگی: _____
 تعهدکننده از طرف بیمار دارنده بیمه نامه نیز می باشد. دارنده بیمه نامه اصلی دارنده بیمه نامه دوم

مشخصات بیمار:

نام: _____ نام خانوادگی: _____ نام وسط: _____
 آدرس: _____ آدرس دوم: _____
 شهر، ایالت، زیپ کد: _____ شماره پیجر: _____
 جنسیت: مذکر مؤنث
 وضعیت تأهل: متأهل مجرد طلاق گرفته جدا شده بیوه
 تاریخ تولد: _____ شماره ملی: _____ شماره گواهینامه رانندگی: _____
 ایمیل: _____ اینجانب تمایل دارم از طریق ایمیل مکاتبات شما را دریافت کنم.

قسمت 2

وضعیت اشتغال: تمام وقت پاره وقت بازنشسته
 وضعیت دانشجویی: تمام وقت پاره وقت
 شماره خدمات درمانی: _____ دندانپزشک انتخابی: _____
 شماره شناسایی کارفرما: _____ داروخانه انتخابی: _____
 شماره شناسایی شرکت خدمات بیمه: _____ های جنسیت انتخابی: _____

قسمت 3

از چه طریقی با آوا دنتال آشنا شدید؟

در صورتی که در پر کردن این قسمت از فرم به دشواری بر خوردید، از همکاران ما درخواست کمک کنید.

اطلاعات بیمه نامه اصلی

نام بیمه شده: _____ نسبت خانوادگی با بیمه شده: خودم همسر فرزند سایر موارد
 شماره ملی بیمه شده: _____ تاریخ تولد بیمه شده: _____
 کارفرما: _____ شرکت بیمه: _____
 آدرس: _____ آدرس دوم: _____
 شهر، ایالت، زیپ کد: _____ شهر، ایالت، زیپ کد: _____
 مبلغ باقیمانده از شرکت بیمه: _____ مبلغ باقیمانده توسط بیمار: _____

اطلاعات بیمه دوم

نام بیمه شده: _____ نسبت خانوادگی با بیمه شده: خودم همسر فرزند سایر موارد
 شماره ملی بیمه شده: _____ تاریخ تولد بیمه شده: _____
 کارفرما: _____ شرکت بیمه: _____
 آدرس: _____ آدرس دوم: _____
 شهر، ایالت، زیپ کد: _____ شهر، ایالت، زیپ کد: _____
 مبلغ باقیمانده از شرکت بیمه: _____ مبلغ باقیمانده توسط بیمار: _____

