

گواهی پزشک معالج

*گواهی می بایست فاقد هرگونه قلم خوردگی باشد.
*در صورت نقص و یا عدم تکمیل گواهی، قابلیت بررسی وجود نخواهد داشت.
*خواهشمند است مشخصات مصدوم، حتماً با کارت شناسائی عکس دار تطبیق داده شود.

مراتب ذیل مورد تأیید و گواهی اینجانب:

جناب آقای / سرکار خانم دکتر:..... متخصص:..... به شماره نظام پزشکی:.....

به آدرس:..... تلفن:..... می باشد.

۱. نام و نام خانوادگی مصدوم:..... کدملی:.....

۲. شماره شناسنامه:..... نام پدر:..... محل صدور:.....

۳. تاریخ اولین مراجعه (به حروف و عدد نوشته شود):.....

۴. تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده):.....

۵. صدمه بدنی، ناشی از حادثه می باشد یا بیماری؟.....

۶. چنانچه مصدوم جهت انجام معالجات پزشکی به سایر مراکز درمانی معرفی گردیده است، لطفاً نام و نشانی آن مراکز را مرقوم فرمائید:

۷. تاریخ آخرین مراجعه (به حروف و عدد نوشته شود):.....

۸. نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن:.....

۹. لطفاً عضو و یا اعضای که در نتیجه صدمه بدنی مندرج در بند (۴) فوق، دچار آسیب دیدگی گردیده و به طور دائم باقی خواهد ماند را مشخص فرمائید. (صرفاً صدمات بدنی در ارتباط با حادثه موضوع این گواهی، مورد نظر می باشد):.....

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ: