

חותמת נתקבל

מס' תביעה									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

תכנית "שיניים בריאות" לביטוח הוצאות רפואת השן
יומן תביעות רופא לחודש _____ שנה _____

פרטי הרופא המטפל

מס' רשיון _____ שם הרופא/מרפאה _____ כתובת _____ טלפון _____

מס'	תאריך הטיפול	מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת מבטח	פרטי הטיפול				לשימוש פנימי
						מס' על מצורף	צד בשן	סוג הטיפול	מס' שן	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										

200604010/11.2009

***ויתור על סודיות רפואית**

הנני מוותר על סודיות רפואית בגין ובקשר לכל בדיקה, טיפול אבחנה וממצאים הנוגעים לשיני לרבות מצב רפואי קודם, כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ/או ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל או מי מנציגיהם/עובדיהם. חתימתי על טופס זה מהווה הרשאה לכל רופא שיניים להעביר אליהם כל מידע, חומר רפואי, צילומים וכו' - בקשר עם שיני.

פרטים מלאים של מקבל הטיפול וחתימתו הינם תנאי הכרחי לתשלום התביעה. _____ תאריך _____ חתימת הרופא/מרפאה