



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.

1. نام و نام خانوادگی مصدوم: کدملی:

2. شماره شناسنامه: نام پدر: محل صدور:

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

4. تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده):

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

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

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

8. نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن:

9. لطفاً عضو و یا اعضای که در نتیجه صدمه بدنی مندرج در بند (4) 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: