

إثباتات العجز

بيان الطبيب

١ - الإسم الكامل للمؤمن عليه		٢ - محل إقامة المؤمن عليه	
٣ - منذ متى تقوم بمعالجة المؤمن عليه ؟		٤ - متى شكا المؤمن عليه من مرضه لأول مرة ؟	
٥ - أعط وصف تشخيصي للحالة من البداية مروراً حتى الآن.			
٦ - هل أصابة المؤمن عليه تمنعه من مزاولة عمله تماماً ؟		إذا كان ذلك ، فمن أي تاريخ بحسب علمك كان المؤمن عليه غير قادر على العمل ؟ (يوم) (شهر) (سنة)	
٧ - متى استشاركم المريض لأول مرة بسبب مرضه ؟		(يوم) (شهر) (سنة)	
٨ - هل المريض ملازم للفراش أو المنزل ؟ أذكر ايهما		٩ - بحسب رأيك متى يستطيع المؤمن عليه القيام بأي عمل من أي نوع ؟ (يوم) (شهر) (سنة)	
١٠ - أذكر أسماء وعناوين الأطباء الذين قاموا بعلاج المؤمن عليه وتواريخ الزيارات والتشخيص الطبي.			
الإسم	العنوان	تاريخ المعالجة	المرض أو الحالة
.....	.....	من إلى .....	.....
.....	.....	من إلى .....	.....
.....	.....	من إلى .....	.....
.....	.....	من إلى .....	.....
١١ - هل كان المؤمن عليه يعاني من أي مرض مزمن ؟			
.....			
.....			
١٢ - هل عانى اي من أفراد أسرة المؤمن عليه من أي مرض مشابه ؟			
.....			
.....			
ملاحظات إضافية :		في حالة وجود علاقة بالقلب ، فأى اختبارات معملية تم إجرائها ؟	
.....		النض غير منظم	
.....		ضغط الدم (النهاية العليا) (النهاية الدنيا)	
.....		

(الشاهد)

(الطبيب المعالج)

التوقيع:

التوقيع:

عنوان الطبيب:

عنوان الطبيب:

التاريخ:

التاريخ: