



تاریخ انتقال:

شماره پرونده:

کدملی:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل Ardebil University of Medical Science

Medical Center:

بیمارستان آموزشی درمانی:

فرم انتقال بیمار از جهت انجام خدمات بستری و پاراکلینیکی توسط سایر بیمارستانهای استان (عدم تسویه)

از بیمارستان.....

به بیمارستان.....

سلام علیکم؛

احتراماً با عنایت به نیاز به خدمات بستری یا پاراکلینیکی..... بستری/تحت نظر در مورد بیمار آقا/خانم..... به جهت ضرورت انتقال / عدم وجود همراه بیمار امکان تسویه حساب مقدور نشده، لذا خواهشمند است، دستور فرمائید، قبل از تسویه حساب همراهان بیمار را جهت انجام پرداخت هزینه به این مرکز معرفی گردد.

مهر و امضاء سوپروایزر بیمارستان:

قسمت مخصوص بیمارستان مقصد (در صورت انتقال مجدد بیمار به بیمارستان مبدا):

نوع اقدام انجام یافته:.....

هزینه اقدام انجام یافته (ریال):.....

واحد محترم ترخیص بیمارستان..... لطفاً هزینه مورد نظر در صورت حساب نهائی بیمار منظور گردد.

مهر و امضاء دفتر پرستاری:

قسمت مخصوص انجام تسویه حساب (در صورت عدم انتقال بیمار به بیمارستان مبدا و انجام ادامه خدمات در بیمارستان مقصد):

نامبرده در تاریخ..... جهت تسویه حساب از بیمارستان..... به واحد ترخیص بیمارستان..... مراجعه نموده و ضمن پرداخت کلیه بدهی ها (طبق صورتحساب) طی فیش های پیوستی، ترخیص از نظر این بیمارستان بلامانع می باشد.

مهر و امضاء واحد ترخیص بیمارستان: