فرم نمونه شماره ۴

فرم استعلام از پزشک معالج

سازمان تامین اجتماعی
اداره کل استان خوزستان

محل الصاق
عکس
۶×۴

سرکار خانم / آقای دکتر متخصص محترم

نظر به اینکه آقای / خانم دارای شغل بر اساس گواهی صادره توسط آن جناب به عنوان پزشک معالج مبادرت به درخواست از کار افتادگی نموده است لذا با توجه به اینکه می بایست فرایند اقدامات تشخیصی و درمانی را تحت نظر پزشک معالج طی نموده باشد، خواهشمند است در صورت تایید مراتب اطلاعات مندرج در جدول زیر را تکمیل فرمایند.

ضمناً چنانچه تخصص جنابعالی با انجام اقدامات درمانی و توانبخشی تکمیلی جهت علاج بیماری نامبرده مرتبط نمی باشد ویا دوره درمانی کافی را جهت علاج بیماری طی نکرده باشد، از تکمیل فرم و معرفی مشارالیه اجتناب فرمائید.

رئیس شعبه تامین اجتماعی

۱- عنوان تشخیص قطعی بیماری یا عارضه:
۲- اولین تاریخ مراجعه به جنابعالی: ۳- تاریخ پیدایش علائم ناتوانی انجام کار: ٤- آیا حداقل زمان لازم برای درمان بیماری سپری شده است:
٥- خلاصه اقدامات توانبخشی و درمانهای انجام شده توسط جنابعالی:
٦- مستندات پاراکلینیکی مبنی بر تشخیص بیماری:
۷-آیا اقدامات درمانی و توانبخشی پیشنهادی جنابعالی برای آینده بیمار (مصرف دارو ، عمل جراحی ، تغییر شرایط شغلی ، استراحت پزشکی ، تجویز پروتز و.....) تغییری در راستای بهبودی و علاج بیماری خواهد کرد؟
۸- چنانچه بیمار به درمان های انجام شده (موثر در بهبودی) پاسخ مناسب نداده و بیماری غیر قابل علاج می باشد، در این صورت آیا منجر به کاهش توانائی انجام کار و از کار افتادگی وی شده است؟
آدرس و شماره تلفن پزشک: تاریخ تکمیل: **مهر و امضای پزشک معالج**