

Συμπληρώνεται από τον γενικό ιατρό ή τον θεράποντα ιατρό
Προκειμένου η IMG να επεξεργαστεί την αίτησή σας όσο το δυνατόν γρηγορότερα, μπορείτε να έχετε το παρόν έντυπο μαζί σας κατά την επίσκεψη στον ιατρό σας για να το συμπληρώσει (για κάθε νέα ιατρική πάθηση). Όταν συμπληρωθεί, στείλτε μας το έντυπο μαζί με την αίτησή σας. Εάν επιλέξετε να μην το κάνετε, μπορεί να χρειαστεί η IMG να σας στείλει το παρόν έντυπο για συμπλήρωση από τον ιατρό σας.

Τι ακολουθεί μετά;
Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο με τα έγγραφα των απαιτήσεών σας, συμπεριλαμβανομένων των τιμολογίων, των αποδείξεων πληρωμής και τυχόν ιατρικών γνωματεύσεων χρησιμοποιώντας **μια** από τις ακόλουθες επιλογές. Σημειώνεται ότι πρέπει να φυλάξετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και τις αποδείξεις σας για 6 μήνες για απαιτήσεις ελέγχου, εκτός από την περίπτωση της ταχυδρομικής αποστολής στην οποία πρέπει να συμπεριληφθούν τα πρωτότυπα έγγραφα, οπότε θα πρέπει να φυλαχθούν φωτοαντίγραφα.

Διαδικτυακά μέσω της ιστοσελίδας:
MyIMG
Διεύθυνση email: GPMclaims@imglobal.com
Φαξ: +44 (0) 330 333 6687
Για ταχυδρομική αποστολή:
Global Prima Claims Team,
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL United Kingdom

Συμπληρώνεται από τον ασθενή

1 Στοιχεία και συγκατάθεση του ασθενούς

Τίτλος

☐ Κορ

☐ Κα

☐ Άλλο

Όνομα ασθενούς

Επώνυμο ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Αριθμός πελάτη και ασφαλιστηρίου ασθενούς

Αναγνωριστικό πάθησης/κωδικός αναφοράς περιστατικού

Τηλέφωνα επικοινωνίας ασθενούς

Τηλέφωνο οικίας:Κινητό:

Διεύθυνση email ασθενούς

Εγώ, ο ασθενής, εξουσιοδοτώ την IMG να λάβει περαιτέρω ιατρικές πληροφορίες από τον ιατρό που συμπληρώνει την παρούσα ιατρική βεβαίωση, εάν αυτό απαιτείται για τους σκοπούς αυτής της αίτησης.

Εγώ, ο ασθενής, αναγνωρίζω ότι η IMG δύναται να αποκαλύψει και να κοινοποιήσει τις ιατρικές μου πληροφορίες ή/και τις πληροφορίες υγείας που περιέχονται σε αυτήν τη φόρμα ή οποιαδήποτε αρχεία υγείας ή/και ιατρικές εκθέσεις σε ασφαλιστές ή/και στην IMG με αποκλειστικό σκοπό τη διαχείριση οποιωνδήποτε και όλων των αξιώσεων που προκύπτουν από την ιατρική μου ασφαλιστική κάλυψη βάσει των έννομων συμφερόντων της και της συμβατικής της ανάγκης να μου παρέχει την κάλυψη και τις υπηρεσίες που περιγράφονται στην ασφαλιστική μου κάλυψη.

Υπογραφή

Ημερομηνία (HH-MM-EEEE)

Συμπληρώνεται από τον γενικό ιατρό ή τον θεράποντα ιατρό

2 Ιατρικά στοιχεία

Καταγράψτε την ημερομηνία καταχώρισης του πρώτου ασθενούς σε σας/στην κλινική/στο νοσοκομείο: (HH-MM-EEEE)

Περιγράψτε αναλυτικά τα συμπτώματα του ασθενούς:

Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, αναφέρετε τα στοιχεία του παραπεμπτικού.

Πότε παρατήρησε τα συμπτώματα ο ασθενής για πρώτη φορά;

Πότε ανέφερε για πρώτη φορά ο ασθενής αυτά τα συμπτώματα σε εσάς ή σε οποιονδήποτε άλλο ιατρό;

Από όσα γνωρίζετε, έπασχε ποτέ ο ασθενής από αυτά ή άλλα σχετικά συμπτώματα στο παρελθόν;

Αν ναι, περιγράψτε αναλυτικά:

Αναφέρετε λεπτομερώς τυχόν εξετάσεις και έρευνες στις οποίες υποβλήθηκε ο ασθενής και τα αποτελέσματα αυτών:

Έχει γίνει διάγνωση;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, επιβεβαιώστε την ιατρική πάθηση

Κωδικός ICD10

Είναι: Προσωρινή; ☐ Οριστική; ☐

Θεωρείτε ότι η πάθηση είναι: Οξεία; ☐ Χρόνια; ☐ Ένα οξύ επεισόδιο μιας χρόνιας πάθησης; ☐

Εάν αυτή η διάγνωση σχετίζεται με οποιαδήποτε προηγούμενη πάθηση από την οποία έπασχε ο ασθενής, περιγράψτε αναλυτικά τυχόν προηγούμενες έρευνες, τη θεραπεία που έλαβε και τις σχετικές ημερομηνίες:

Στοιχεία που πρέπει να αναφερθούν

Ημερομηνία (HH-MM-EEEE)

Υπάρχει κάποιο υποκείμενο αίτιο ή πάθηση; Εάν ναι, απαντήστε λεπτομερώς στις ακόλουθες ερωτήσεις:

Η πάθηση προέκυψε ως αποτέλεσμα ατυχήματος;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, ήταν ο ασθενής υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλης ουσίας που προκαλεί μέθη τη στιγμή του ατυχήματος;

Ναι ☐ Όχι ☐

Ποια θεραπεία έχει προταθεί στον ασθενή για αυτήν την πάθηση;

Εάν ο ασθενής έχει παραπεμφθεί για συμπληρωματική θεραπεία, αναφέρετε τον τύπο και τον αριθμό των συνεδριών:

Χειροπράκτης: ☐ Οστεοπαθητικός: ☐ Ομοιοπαθητικός: ☐ Βελονιστής: ☐
Διαιτολόγος: ☐ Παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική: ☐ Ποδίατρος: ☐ Αριθμός συνεδριών:

Ποια περαιτέρω θεραπεία απαιτείται, εάν υπάρχει;

Έχετε παραπέμψει τον ασθενή σε άλλον ιατρό; Εάν ναι, αναφέρετε το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία επικοινωνίας του ιατρού στον οποίο έχετε παραπέμψει τον ασθενή:

Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη, επιβεβαιώστε τα ακόλουθα:

Ημερομηνία τελευταίας έμμηνου ρύσης:

Ημερομηνία επιβεβαίωσης εγκυμοσύνης:

Ονοματεπώνυμο ιατρού

Διεύθυνση

Ταχυδρομικός κώδικας

Χώρα

Τηλέφωνο

Εκτιμώμενη ημερομηνία τοκετού:

Θεωρείται ότι η εγκυμοσύνη είναι υψηλού κινδύνου; Ναι ☐ Όχι ☐

Πιστοποίηση

Είμαι ο γενικός ιατρός ή ο θεράπων ιατρός του ασθενούς και βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχω αναφέρει είναι ορθές εξ όσων γνωρίζω.

Υπογραφή

Ημερομηνία υπογραφής (HH-MM-EEEE):

Σφραγίδα άσκησης ιατρικού επαγγέλματος

Η International Medical Group Limited είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτευόμενη από την Financial Conduct Authority (311496). Εγγεγραμμένος στην Αγγλία και την Ουαλία (4163178). Εγγεγραμμένο γραφείο: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-by-Sea, West Sussex, BN43 6BF.
Η IMG Europe AB είναι αδειοδοτημένη και εποπτευόμενη από τη Σουηδική Αρχή Χρηματοπιστωτικής Εποπτείας (71922) και είναι εγγεγραμμένη ως εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος από την Αρχή Χρηματοπιστωτικής Συμπεριφοράς (Financial Conduct Authority) (1003200). Εγγεγραμμένος στη Σουηδία (559405-0469). Έδρα: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. Διεύθυνση γραφείου εγκατάστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.