

فرم ارجاع بیماران بین دانشگاهی

در طرح تحول نظام سلامت

نام دانشگاه مقصد: .....

نام دانشگاه مبدا: .....

نام بیمارستان مقصد:				نام بیمارستان مبدا:	
مبلغ اخذ شده نقدی از بیمار	کل صورتحساب خدمت	شماره قبض صندوق	خدمت ارائه شده	ردیف	<b>مشخصات بیمار</b> نام و نام خانوادگی: بخش بستری: تشخیص اولیه بیمار: شماره پرونده بیمارستان مبدا:  <b>خدمات مورد نیاز:</b> .....-۱ .....-۲ .....-۳ .....-۴
				۱	
				۲	
				۳	
				۴	
				۵	
<b>جمع کل</b>					
مبلغ کل صورتحساب بیمار.....ریال و مبلغ اخذ شده نقدی از بیمار.....ریال شماره قبض صندوق..... (در مواردی که برای چند خدمت یک قبض صادر می گردد)					
مهر و امضاء صندوقدار بیمارستان مقصد	امضاء سوپروایزر بیمارستان مقصد	مهر و امضاء پزشک بیمارستان مقصد		امضاء سوپروایزر بیمارستان مبدا	مهر و امضاء پزشک معالج بیمار در بیمارستان مبدا