

فرم معرفی متقاضیان اعمال حوزه زیبایی سن زیر ۱۸ سال

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | نام و نام خانوادگی: نوع بیمه: تأمین اجتماعی: <input type="checkbox"/> نشانی: تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____ | کد ملی: خدمات درمانی (سلامت): <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح: <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/> | نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... | | این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد |
| یافته های بالینی: (به اختصار توضیح داده شود) علل انجام عمل جراحی زیبایی: | | | | | این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد |
| مهر و امضاء پزشک معالج | | | | | این قسمت توسط پزشک معتمد ۱ تکمیل گردد |
| توضیحات: <input type="checkbox"/> عمل جراحی تأیید می شود <input type="checkbox"/> عمل جراحی تأیید نمی شود | | | | | مهر و امضاء پزشک معتمد (اول) |
| توضیحات: <input type="checkbox"/> عمل جراحی تأیید می شود <input type="checkbox"/> عمل جراحی تأیید نمی شود | | | | | مهر و امضاء پزشک معتمد (دوم) |
| مهر و امضاء اعضای کمیسیون پزشکی | | | | | این قسمت توسط پزشک معتمد ۲ تکمیل گردد |
| 1. | | | | | نظریه کمیسیون پزشکی معاونت درمان دانشگاه |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| جهت انجام عمل جراحی توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی معرفی می گردد. | | | | | مهر معاونت درمان |

فرآیند حضور متقاضی عمل جراحی زیبایی سن زیر ۱۸ سال

دریافت فرم معرفی متقاضی عمل
جراحی زیر ۱۸ سال
، ممهور به
مهر پزشک معالج

تماس با معاونت درمان جهت دریافت نوبت کمیسیون
(روزهای سه شنبه اول هر ماه ۸ تا ۱۰ صبح)
شماره تماس : ۳۶۶۲۰۷۴۴

مدارک مورد نیاز جهت حضور در کمیسیون

زمان برگزاری : طبق نوبت تعیین شده
مدارک مورد نیاز :

۱- کارت شناسایی عکس دار

۲- فرم معرفی ممهور به مهر پزشک

۳- کلیه آزمایشات انجام شده

توجه: شرکت در کمیسیون فقط با نوبت قبلی امکان پذیر می باشد.

نظریه کمیسیون

تایید
معاونت درمان