



DIMENZIÓ Kölcsönös Biztosító és Önszegélyező Egyesület
a DIMENZIÓ Biztosító Csoport tagja
Cím: 1119 Budapest, Fehérvári út 84/A
Adószám: 19666660-2-43
Postacím: 1509 Budapest, Pf. 78.
Telefonszám: 06 1 371 2380
E-mail: egyesulet@dimenziocsoport.hu
Web: www.dimenziocsoport.hu

IGÉNYBEJELENTŐ LAP

a DIMENZIÓ Kölcsönös Biztosító és Önszegélyező Egyesület által finanszírozott diagnosztikai vizsgálatra

Milyen típusú vizsgálatra van szüksége?

- CT
 MRI
 PET-CT

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja leánykori neve: _____

Állandó lakcíme: _____

TAJ-száma: _____ Testsúlya: _____ kg.

Tagazonosítója: _____ Magassága: _____ cm.

Elérhetősége: (Kérjük, olyan elérhetőséget válasszon és adjon meg, amelyen lehetőség szerint a nap bármely időpontjában elérjük)

Mobil telefonszám: _____

E-mail cím: _____

Vezetékes telefonszám: _____

Kérjük, jelölje meg X-szel azt az időpontot, amikor semmiképpen **NEM tud részt venni** a vizsgálaton (**A megjelölt időpontokra nem szervezünk vizsgálatot**, de a ki nem zárt időpontok bármelyikén lehet a vizsgálat ideje, amelyről legalább 24 órával korábban értesítjük.)

	hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek	szombat	vasárnap
délelőtt							
délután							
este							

IGÉNYBEJELENTŐ LAP

a DIMENZIÓ Kölcsönös Biztosító és Önszegélyező Egyesület által finanszírozott diagnosztikai vizsgálatra

Beutaló orvosa adatai (arra az esetre, ha konzultációra van szükség)

Az orvos neve: _____

Telefonszáma: _____

Az Igénybejelentő lappal együtt, szíveskedjék leleteinek és szakorvosi beutalójának (az eredetivel mindenben megegyező) **másolatát** eljuttatni hozzánk az alábbi elérhetőségek valamelyikén:

- személyesen az Ügyfélszolgálatra (1119 Budapest Fehérvári út 84/a),
- postai úton tértivevénnyel (DIMENZIÓ Egészségközpont 1054 Budapest, Vécsey u.3. I./1. címre),
- elektronikusan a vizsgalat@dimenziocsoport.hu e-mail címre.

Jelen aláírással hozzájárulok, hogy személyes és orvosi vizsgálattal kapcsolatos adataimat a DIMENZIÓ Kölcsönös Biztosító és Önszegélyező Egyesület az általam igényelt diagnosztikai vizsgálat megszervezése érdekében a DIMENZIÓ Egészségközpont részére átadja.

Dátum: _____

igénybejelentő önszegélyező tag aláírása

A DIMENZIÓ Egészségközpont tölti ki!

A vizsgálatkérő lap beérkezési időpontja: _____

Rendelkezésre álló éves keretösszeg: _____

Önszegélyező kártyaszáma: _____

Engedélyezve: _____

Vizsgálat helye, időpontja: _____

Vizsgálat költsége: _____

Elutasítva: _____ miatt.

Dátum: _____

ügyintéző aláírása