


کد مدرک 09 FM 126 03	فرم	 سازمان بهداشت ایران اداره کل بهداشت استان
	اطلاعات فردی بیمار (فرم شماره ۱)	

اداره کل بیمه سلامت استان نام مرکز درمانی: نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: جنس بیمار: نوع صندوق تاریخ اعتبار دفترچه

بیمار پرخطر: بله خیر علت:

تاریخ ارائه خدمات ماه سال ۱۳۹۹

نوع درمان: MMT با دارو OPT بدون دارو OPT بدون دارو و روان درمانی BMT بدون دارو

سم زدایی با بوپرونورفین سم زدایی با کلونیدین درمان نگهدارنده با نالتروکسون مداخلات روانشناختی فردی

تاریخ شروع درمان مداخلات روانشناختی گروهی

ردیف	تاریخ ارائه خدمت	امضاء بیمار	ردیف	تاریخ ارائه خدمت	امضاء بیمار
۱			۱۶		
۲			۱۷		
۳			۱۸		
۴			۱۹		
۵			۲۰		
۶			۲۱		
۷			۲۲		
۸			۲۳		
۹			۲۴		
۱۰			۲۵		
۱۱			۲۶		
۱۲			۲۷		
۱۳			۲۸		
۱۴			۲۹		
۱۵			۳۰		

تعداد جلسات حضور بیمار : تعداد جلسات غیبت بیمار : مبلغ درخواستی : ریال

نام و امضاء و مهر مسئول فنی مرکز درمانی :
تاریخ: