

의사배상책임보험 사고접수지(샘플)

■진료과목

*공란을 작성하신 후 팩스번호 02)732-5685 로 송부해주시기 바랍니다.

피보험자 (의사성명)	김의사	면허번호	제 56789 호	TEL	02)111-1111
주민번호	651111-1111111			FAX	02)111-2222
병원명	현대병원	주소	서울시 종로구 세종로 ○○○ 번지		

수진자명	박환자	TEL	010-111-2222	내원당시 병명	치질
주민번호	711111-1111111	주소	서울시 영등포구 여의도동 222번지	직업	회사원
수진자 요구사항	수진자측 요구금액 : 1억				

최초 진료일	2007.10.1	사고 관련 진료일(환자 증상을 일으킨 진료의 최초 시행일)	2007.10.5	최초 보상 청구일	2007.11.1
최초환자상태	치질로 내원				
기왕력 여부					
진료 후 상태 및 현재까지 진행사항 (일자별)	2007. 10. 1 : 최초 내원 검사결과 치질진단, 수술일자 협의 2007. 10. 5 : 수술위해 입원 <치료일자별 치료내용 및 진행사항 상세기재> 2007. 11. 1 : 의료과실 주장하며 1억 요구함				
병원측업무담당자	이사무	(☎ 02-555-5555)			

