



فرم عضویت در انجمن حمایت از بیماران مبتلا به لوپوس

محل
الصاق
عکس

* مشخصات فردی بیمار *

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: محل تولد: تاریخ شروع بیماری:

کد ملی: شماره شناسنامه: آدرس و کد پستی محل سکونت:

تلفن: موبایل: ایمیل:

* تحصیلات، شغل و تأهل *

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:

وضعیت اشتغال: دانش آموز و دانشجو خانه دار بیکار شاغل عنوان دقیق شغل:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل مطلقه فوت همسر

نام و نام خانوادگی همسر: شغل همسر: تعداد فرزندان (دختر، پسر):

* وضعیت بیمه *

آیا تحت پوشش بیمه قرار دارید؟ خیر بله نوع بیمه:

آیا تحت پوشش بیمه های تکمیلی قرار دارید؟ خیر بله نوع بیمه:

* سابقه فامیلی: آیا در بستگان شما فردی مبتلا به لوپوس وجود دارد؟ بله خیر نسبت با بیمار:

* وضعیت پزشکی: (لطفاً این قسمت توسط پزشک بیمار تکمیل شود) *

گواهی میشود خانم / آقای مبتلا به بیماری لوپوس با درگیری:

DLE فتوسنسیتیویتی مالاراش زخم دهان

آرتریت سروزیت درگیری کلیه تشنج سایکوز

لکوپنی ترومبوسیتوپنی آنمی همولیتیک ترومبوز سقط

Anti-dsDNA+ ANA+ آنتی کاردیولیپین مثبت

سندروم آنتی فسفولیپید غیره

مهر و امضاء پزشک

* این قسمت توسط انجمن تکمیل می گردد *

شماره عضویت: شماره رجیستری:

تاریخ عضویت: