



swissmed

швейцарский медицинский центр

Запрос на оказание медицинских услуг в Швейцарии, Германии

Заполните по возможности как можно больше граф и пошлите нам по почте, факсу или электронной почте. Мы с Вами незамедлительно свяжемся.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия:

Имя:

Улица:

Почтовый индекс: Город: Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Номер факса:

Адрес электронной почты:

Имя родителя или опекуна, если пациенту меньше 18 лет:

Дата рождения: Год Месяц День

Пол: Мужской Женский

Национальность:

Родной язык:

Владение иностранными языками:

Наиболее удобное время для контакта с пациентом:

Ожидаемые МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ в Швейцарии, Германии

Пожалуйста, отметьте необходимую услугу и дайте краткое описание своего состояния и цели лечения.

Диагноз:

Лечение:

Медицинская реабилитация:

Результаты обследования у другого специалиста:

Результаты медицинского осмотра:

Проблемы с весом:

Программа оздоровления:

Другое:

Обратите внимание:

Если есть в наличии, пожалуйста, приложите также историю болезни или отчеты о госпитализации, результаты анализов относящиеся к данному запросу.

Предпочтительная дата госпитализации/приема

больного в стационар: Год Месяц День

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, которую Вы хотели бы нам сообщить:



swissmed

швейцарский медицинский центр

Информация о ДОВЕРЕННОМ лице:

Пожалуйста, заполните только все пункты, кроме ФИО, если Вы заполняете данную форму от лица пациента или в случае, если пациент не хочет контактировать лично.

Фамилия:

Имя:

Улица:

Почтовый индекс: Город: Страна:

Номер телефона:

Номер мобильного телефона:

Номер факса:

Адрес электронной почты:

Какое отношение Вы имеете к пациенту: Родственник Друг Лечащий врач Другое

Наиболее удобное время для контакта с доверенным лицом:

Наиболее удобный способ для контакта с доверенным лицом:

Покрытие РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ (за границей)

Расходы на медицинское обслуживание будут оплачены:

Страховкой:

Посольством или из средств госбюджета:

Пациентом

Доверенность

Я, пациент или его законный представитель, уполномочиваю **ООО «SWISSMED»** и сотрудников данной компании передать личные данные и историю болезни представителям швейцарской, немецкой системам здравоохранения почтой, факсом или электронной почтой.

Подпись пациента или лица, представляющего пациента Дата Место

Наши КОНТАКТНЫЕ данные:

121170, Российская Федерация,
г.Москва, ул.Кульнева 4, подъезд 1
тел: + 7 495 6600470 факс: + 7 499 2231320
www.swissmed.ru email: info@swissmed.ru