

## 瑞士治疗申请表

请您尽可能详细填写本表格，然后通过邮政、传真或电子邮件寄给我们。我们会及时与您联系。

### 个人信息

姓名

出生日期  年  月  日

性别

母语

其他语言

### 联系方式

电话

电子邮箱

如果联系人不是患者本人，请填写联系人的姓名以及与患者的关系

如果患者未满18周岁，请填写家长姓名

最佳联系时间

最佳联系方式

### 希望在瑞士进行的治疗

请简要说明您的健康状况以及治疗目标

如果您有相关医疗报告或出院摘要的话，请一并寄交给我们。

### 希望参加的文化休闲项目：

### 使用条款

我，作为患者或其法定代表人，特此委托瑞美德及其员工将有关的个人资料及病历以邮政、传真或电子邮件方式转交给瑞士医疗机构。

患者或其代表人签字 日期 地点

### 联系我们：

瑞美德 — 瑞士医疗服务中心 (SWIXMED LTD)  
瑞士 Switzerland, 苏黎世 Zurich, Zurichbergstrasse 20号, 邮编: CH-8032  
电话: 0041 44 446 4888, 传真: 0041 44 446 4850  
邮箱: china@swixmed.com, 网址: www.swixmed.com