

Запрос на оказание медицинских услуг в Швейцарии

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:			
Дата рождения:	Год	Месяц	День
Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Женский	
Национальность:			
Родной язык:		Владение иностранными языками:	

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Номер телефона:	
Номер мобильного телефона:	
Номер факса:	
Адрес электронной почты:	
Если Вы заполняете анкету для другого лица, пожалуйста, укажите Ваше имя и в каких отношениях Вы состоите с пациентом:	
Имя родителя или опекуна, если пациенту меньше 18 лет:	
Наиболее удобное время для контакта:	
Наиболее удобный способ для контакта:	

Желаемые МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ в Швейцарии

Пожалуйста, дайте краткое описание своего состояния и цели лечения:

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

Доверенность

Я, пациент или его законный представитель, уполномочиваю SWIXMED LTD и сотрудников данной компании передать личные данные и историю болезни представителям швейцарской системы здравоохранения почтой, факсом или электронной почтой.

Подпись пациента или лица, представляющего пациента	Дата	Место

Наши КОНТАКТНЫЕ данные:

SWIXMED LTD
Zurichbergstrasse 20, 8032 Zurich, Switzerland
Номер телефона: 0041 44 446 48 48
Номер факса: 0041 44 446 48 50
applications@swixmed.com