

国际患者信息表 联系信息

患者姓名:

(姓氏) (名字) (中间名)

出生日期 (月/日/年): _____ 性别: 男 女 美国社会安全号码 # _____
(若患者有此号码)

美国境外地址:

电话号码: _____ 传真号码: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

美国帐单邮寄地址: (如果您没有美国地址, 此部分请留空。)

**请注意, 所有患者都可以在 MyHealth 上查看本人的账单信息。*

患者职业信息:

雇主名称: _____ 职业: _____

地址: _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

美国联系人: (如有)

联系人姓名: _____ 与您的关系: _____

地址: _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

手机号码: _____ 电子邮箱: _____

医疗信息

患者的诊断 *： _____

* 请附上所有病历或文档的影印件 (英文译本)。请不要用 Dropbox、Google Drive 或其他外部网站发送文件。

特别预约要求和患者可以就诊的日期：

国际医疗保险

国际保险可用于所有估算超过 1000 美元的服务。我们只能向有提供美国帐单邮寄地址的保险公司收费。我们要求您提供一份保险公司的书面保证函，说明保单的上限、自付额及不理赔的服务项目。请附上医疗保险卡正、背面的影印件。

要求国际医疗部提供的服务

请注明患者或患者家属是否需要下列协助：

口译服务 是 否 如是，请注明语言种类 _____

住宿安排 是 否 如是，请注明价格范围 _____

机场接送 是 否 如是，请注明航班信息和随行人数 _____

请注明患者可能有的其他特殊需要和要求 (如有需要，请再附上一页纸)：

转诊信息

是谁向您推荐我们医院的？(请提供推荐人的姓名、与您的关系及联系信息) _____

您是怎么知道我们医院的？(请选择所有合适的选项)

- 医生推荐 斯坦福医学论坛 医院的声誉 其他：(请注明)
- 朋友、亲戚 网站 媒体 _____