

## PATIENT REGISTRATION FORM 病人注册表

### A. Patient Details 患者信息

称呼 先生 太太 女士 证件 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 性别 男  女  状态 单  婚  离

出生日期 日: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 年: \_\_\_\_\_ 出生地 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

推荐医生和医疗机构的名字 \_\_\_\_\_

现中国居住地址 \_\_\_\_\_

中国联系电话 \_\_\_\_\_ 邮箱地址: \_\_\_\_\_

### B. Emergency contact details 紧急联系方式

联系人 \_\_\_\_\_ 住址 \_\_\_\_\_

联系人电子邮件: \_\_\_\_\_ 联系人电话 \_\_\_\_\_

### C. Method of payment 付费方式 (费用需要在服务当天结清)

1.  现金

2.  信用卡

3.  保险公司:

优先的保险公司名称 \_\_\_\_\_

保险号码 \_\_\_\_\_ 有效期 日: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 年: \_\_\_\_\_

您有没有:  部分自费  固定保险补贴费用  您的保险限制我们的医疗服务

是否适合直接支付?  是  否

D. 您是如何知道上海赧动康复医学门诊部  
(the clinic)? \_\_\_\_\_

## FINANCIAL POLICY 医疗付费制度

### 自愿声明

本人知晓并同意上海赧动康复医学门诊部 (the clinic) 向保险公司提供我的疾病以及治疗记录。本人知晓并同意支付由上海赧动康复医学门诊部提供的医疗服务费用。

### 费用承担认责

本人郑重承诺本人愿意承担上海赧动康复医学门诊部 (the clinic) 的全部医疗服务费用, 包括保险不同意支付的费用部分。

### 过迟取消/无故未到的相关政策

如果有客人希望取消预约, (the clinic) 要求提前24小时提供预约变更信息。每当有客人没有提前通知就错过预约时, 就会让另一位客人无法及时接受治疗。因此, (the clinic) 保留在每次错过预约 (“无故未到”)、无故未提前24小时 (通过短信、微信、电子邮件、电话等方式) 取消原定预约的情况下收取200元的费用的权利。如果连续3次未按原定预约时间及时看诊, (the clinic) 可在第三次收取500元的重新预约费。请注意, 这些费用不可通过商业保险报销。

患者 / 父母或者其他授权人签署确认: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 年: \_\_\_\_\_

感谢您宝贵的时间. 如果您有任何宝贵的意见和反馈请问我们前台要我们部门经理的联系方式或者您可以直接发邮件  
conciierge@theclinic.international