



PATIENT REGISTRATION FORM 病人注册表

A. Patient Details 患者信息

称呼 先生 太太 小姐 证件 _____ 证件号码 _____

姓 _____ 名 _____ 性别 男 女 状态 单 已婚 离异

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 不

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。

费用承担负责

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。

无法如约就诊

上海赧动康复医学门诊部 (the clinic) 建立了规范的医疗管理系统, 以确定和提醒患者预约。如果患者想取消预约, 请提前 **24小时** 通知诊所。如果患者确认预约后, 连续三次未能按预约就诊, 上海赧动康复医学门诊部将要求患者支付 **500元** 人民币, 以预约下次非急诊服务。这样做的目的是避免缺席患者不当占用医务人员时间, 浪费本该属于其他患者的医疗资源。

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