

病人信息 - 住院病人



为了处理您的通知单，我们需要一些附加信息。请用大写填写。我们将会基于下列信息对付款保证进行评估。

保险	私人保险 <input type="checkbox"/>		丹麦医疗保险 <input type="checkbox"/>		
病人 (请附上护照复印件)	社会安全号码	姓名			
	地址			联系电话	
保险单持有人 (请附上护照复印件)	社会安全号码	姓名			
	地址			联系电话	
保险	家庭保险/旅游保险	保险公司名称		保险类型和保单号	
	信用卡保险	持卡人姓名			
		完整信用卡号码 (16 位)	卡的类型和开卡行名称		
	如果用信用卡支付了旅游费用，请告知：付款金额，付款日期和收款人				
医疗信息	入院日期	疾病/受伤的原因		初步诊断	
	请描述疾病/伤病发生的地点、时间以及疾病/受伤是如何发生的			发病/受伤时所在国家	
				第一次症状/受伤日期	
	您之前是否有过类似症状或得过相同的疾病？如果是，请告知时间。				
医院	医院名称			病人如何来到医院？	
	电话和传真号				
治疗医师	姓名	电话/手机/传真号		诊疗时间和使用语言	
旅行计划	国外旅行日期	计划返回日期	旅游的目的 (假期、出差、两者都有)		
本国的 GP/医院	万一出现疾病或死亡，请通知	本国的病人 GP 的姓名和电话号码			
		本国的病人的当地医院的姓名和电话号码			
旅行社/导游/代表	姓名		电话/传真/电邮和办公时间		
以下部分 只有当病人不能如期回国，或身亡，才需要填写。					
旅行信息	国外旅行	航班号	机场	包机或班机	当乘坐飞机旅行时，请附上机票的复印件。
	回国旅行	航班号	机场	包机或班机	
	从家到出发地机场的交通方式以及从临时地址到机场的交通方式				
共同旅行者	共同旅行者的姓名				
	1. 2. 3.				
	如果有孩子，请说明年龄和个人注册号码				
	共同旅行者住的宾馆名称		房间号	电话号码	
亲戚	万一出现死亡，请说明在本国需要通知的人的姓名和电话号码				

重要！ 必须立即寄出医疗报告，而且不能超过入院时间 24 小时。至少它必须要包含下列信息：疾病/受伤日期、诊断、参与的内科医师、入院日期、期望入院的周期、治疗需要的预估费用、医药、手术等。

SOS International a/s Nitvej 6 2000 Frederiksberg

个人保险：电话 +45 70 10 50 50 • 传真 +45 70 10 50 56 • sos@sos.eu

丹麦医疗保险：电话 +45 70 10 75 10 • 传真 +45 70 10 25 10 • assist@sos.eu