

病人信息 - 门诊病人

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。

保单类型	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(必须填写)	
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	
临时住址	宾馆		房号		电话/传真
旅行计划(必须填写)	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)		
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	首次症状/受伤日期		首次看诊治疗日期		预计看诊治疗的数量
	发病/受伤时所在国家		预计费用(必须填写)		诊断 (必须附上医疗报告)
	请描述发生的事件				
	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				
病人是否能如期回国？			是 <input type="checkbox"/>	如果选否，请填写以下部分	
			否 <input type="checkbox"/>		
治疗医师	姓名		电话/传真/电邮		诊疗时间和使用语言
旅行社/导游/代表	姓名		电话/传真/电邮和办公时间		
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				

重要！必须附上医疗报告，而且它至少必须要包含下列信息：疾病/受伤日期、诊断、治疗的医师、预估费用且明细到治疗、药物等。

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 电邮 sos@sos.eu

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