

Регистрационный бланк для пациентов, самостоятельно осуществляющих финансирование расходов в Университетской клинике Цюриха (УКЦ)

Сведения о пациенте

..... ФАМИЛИЯ	..... ИМЯ
..... Дата рождения	..... Пол
..... УЛИЦА, № ДОМА / ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС / НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	
..... Страна	..... e-mail

Сведения о членах семьи или законных представителях

- Член семьи пациента/ пациентки Законный представитель пациента/ пациентки

..... ФАМИЛИЯ	..... ИМЯ
..... Улица, № дома / почтовый индекс / населенный пункт	
..... Страна	..... e-mail

Пациент/ пациентка настоящим признает, что он/ она является должником по отношению к Университетской клинике Цюриха (УКЦ) в части расходов по лечению, проведенному по его/ ее желанию. Прямым контактным лицом и адресатом является пациент/ пациентка или его/ ее законный представитель, если нет согласия на освобождение от запрета на разглашение сведений.

Настоящий бланк действителен только для указанного в бланке случая. В иных случаях должен быть заполнен другой бланк. Пациент/ пациентка может в любое время отозвать данное им/ ею согласие на освобождение указанных здесь лиц от запрета на разглашение сведений. Необходимо приложить копию паспорта пациента/ пациентки или его/ ее законного представителя.

Исходные сведения УКЦ (заполняется сотрудником УКЦ или посредником)

..... Способ поступления	..... Период лечения
..... Клиника	..... Врач
..... Номер пациента	..... Номер случая
..... Депозит (в швейцарских франках)	

Продолжение на обороте =>

Возврат денежных средств

Если сумма расходов, указанная в окончательном счете, окажется меньше суммы депозита, разница будет выплачена пациенту/ пациентке либо переведена на банковский счет по указанным ниже реквизитам. Возврат денежных средств на кредитную карту возможен лишь в том случае, если данная кредитная карта использовалась для внесения суммы депозита.

..... ФАМИЛИЯ владельца счета	..... ИМЯ
..... Адрес владельца счета	..... Страна
..... Наименование банка/ филиала	
..... ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС/ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	..... СТРАНА
..... Код банка (БИК клирингового банка)	..... Swift
..... Номер счета / IBAN	
..... Для кредитной карты: имя и фамилия владельца карты	
..... Номер карты	..... Действительна до

Выставление счета на следующего адресата

- Пациент/ пациентка Законный представитель Посредник

Согласие на освобождение нижеследующей организации/ лица от запрета на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну:

Настоящее согласие позволяет УКЦ передавать лицу или организации, освобожденной от запрета на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, любую устную информацию и письменную документацию УКЦ.

Нижеподписавшемуся лицу разъяснено право на привлечение собственного переводчика для сопровождения во время всего периода лечения (имя/ фамилию и адрес переводчика следует сообщить в УКЦ). Расходы на услуги переводчика оплачиваются пациентом/ пациенткой.

..... НАЗВАНИЕ фирмы/ ФАМИЛИЯ посредника	..... Законный представитель
..... УЛИЦА, № ДОМА	
..... ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС/ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ	..... e-mail

Заполненный регистрационный бланк необходимо представить в Университетскую клинику Цюриха не позднее дня приема в Клинике. Пациент/ пациентка своей подписью подтверждает правильность указанных сведений. Местом судебного рассмотрения споров признается г. Цюрих/ Швейцария.

..... Место Дата Подпись пациента/ пациентки или законного представителя
-----------------------	----------------------	---