|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Описание: image001

|  |
| --- |
|  |

 | **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"** |
|  |  |  |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА****(предварительный расчет стоимости по заказу)**  |
|  |  |  |
| **ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТЕ** |
| **ПАЦИЕНТ (Ф.И.О.)** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Адрес проживания**  |  |
| **Контакты** |  |
|  |
| **Диагноз:** |  |
| **Дата обращения** |  |
| **Цель обращения**  |  |
| **Желаемый срок оказания услуг** |  |
| **Заказчик:** | *(при наличии)* |
|  |  |  |
| **Дополнительная информация** |  |
| **Имеющиеся инструментальные и диагностические исследования** |  |
| **Доктор, закрепленный за пациентом (англ. язык в случае международного пациента)** |  |
| **Страховая компания** |  |
| **Страхование пациента** |  |
| **Страхование деятельности доктора** |  |
| **Принимающая сторона, оказывающая услуги по сопровождению пациента** |  |
| **Требуется ли помощь в получении визы** |  |
| **Требуется ли помощь в обеспечении трансфера / организации размещения и пребывания** |  |
| **Особенности размещения**  |  |
| **Особенности питания** |  |
| **Требуется ли помощь в организации досуга** |  |
| **Каким языком для коммуникаций владеет пациент**  |  |

Оплата медицинской программы проводится в ходе выполнения программы в бухгалтерии.

Способы оплаты: наличные, кредитная карта (взимается процент банка-эквайера), банковский перевод.

Выдается бухгалтерская документация.

Если у Вас есть результаты дополнительных анализов и проверок, сделанных по месту жительства, желательно привезти их с собой, с целью понимания динамики развития заболевания.

 **С пожеланиями здоровья, ГБУЗ СОКОД**