|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание: image001   |  | | --- | |  | | **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"** | | |
| **Заявка/запрос**  **на оказание медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД** | | | |
| **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!**