



Zusatzformular „Medizinische Behandlung“ (vom Einlader auszufüllen)
Приглашение на медицинское лечение (заполняется приглашающим лицом)

| | |
|---|---|
| Einlader (Klinik- oder Arztstempel) Приглашающее лицо (Печать клиники или врача) | |
| Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen/ Контактное лицо в случае возникновения вопросов | Name: / Фамилия: Telefonnummer: / Номер телефона: E-Mail:/ адрес эл.почты: |
| Patient / Пациент | Name und Geburtsdatum: / Фамилия и дата рождения: |
| Art der Behandlung / Вид лечения | <input type="checkbox"/> stationär / в стационаре <input type="checkbox"/> ambulant/ амбулаторно |
| Ist die Unterbringung durch die Klinik organisiert?/ Будет ли проживание организовано клиникой? | <input type="checkbox"/> ja / да <input type="checkbox"/> nein/ нет Falls ja, wo? / Если да, то где? |
| Voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten / Предположительная стоимость расходов на лечение | Insgesamt / Всего € |
| Zahlungsvereinbarung / Договоренность об оплате | <input type="checkbox"/> bereits bezahlt / Уже оплачено <input type="checkbox"/> Betrag muss vor der Behandlung vom Patienten entrichtet werden /Сумма должна быть оплачена пациентом до начала лечения <input type="checkbox"/> Anzahlung geleistet in Höhe von _____ € / Произведена предоплата в размере _____ евро |
| Begleitpersonen (falls zutreffend) / Сопровождающие лица (если имеются) | Name und Geburtsdatum: / Фамилия и дата рождения: Unterbringung in der Klinik? / Размещение в клинике? <input type="checkbox"/> ja / да <input type="checkbox"/> nein / нет |

Ort, Datum und Unterschrift des o.g. Einladers /
Место, дата и подпись вышеназванного приглашающего лица