



Zusatzformular „medizinische Behandlung“ (vom Einlader auszufüllen)/

Приглашение на медицинское лечение – Заявление приглашающего лица

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-Mailadresse:/ E-Mail:
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?/ Проживание организует клиника?	<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 €
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 Falls ja, wo? / Если да, то где?