

附表三

患者预约申请表

(*患者预约申请时提交)

预约患者填写							
姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□						
医保所在地	_____省_____市	是否享受医保：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否全额报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 公费医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗保险 <input type="checkbox"/> 其它						
项目医院				项目医生			
疾病主要诊断				疾病确诊时间			
<p>声明：本人声明预约中提供的所有内容均真实准确，并愿意承担因提供虚假信息造成的后果。本人完全同意，项目预约被批准与获得赠药没有必然联系。</p> <p style="text-align: right;">患者签名： 日期：</p>							
<p>备注：</p> <p>1.本表格中的专业信息可向您的医生咨询后填写。</p> <p>2.本表格仅作为项目预约，不作为项目申请，请在开始使用复泰奥®（特立帕肽注射液）治疗即进行预约，请仔细阅读项目手册和知情同意书。</p>							