

International Patient Hospital Registration Sheet (Italian)

Page 2/2

Informazioni assicurative

22) Assicurazione:

Nome della compagnia

23) Telefono _____ - _____ - _____

24) Fax _____ - _____ - _____

25) _____ 26) _____
Nome dell'assicurato Relation to patient

27) Polizza #: _____ 28) Gruppo#: _____

29) Reclamo #: _____

30) Indirizzo
dell'Assicurazione: _____

Per agevolare la richiesta, prego informare la sua compagnia di assicurazione della degenza.

Informazioni dell'impiegato

31) Impiegato: _____ 31) Occupazione: _____

32) Indirizzo: _____

33) Telefono: _____ - _____ - _____

Degenze precedenti

34) Sei mai stato ammesso in questo ospedale? Si No

34a) Se si, prego inserire la data di ammissione:

Altro

Prego presentare ogni documento importante come passaporto, carta di identità, carta di assicurazione o polizza assicurativa

Note:
