

International Patient Registration Sheet (Hebrew)

Page 1/2

מידע אישי

(1) שם החולה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

(2) תאריך לידה _____ / _____ / _____ (3) מצב משפחתי _____
שנה חודש יום

(4) מין ז / נ (5) שם בן/ בת הזוג _____

(6) אזרחות _____ (7) מספר דרכון _____

(8) עיר וארץ בה הונפק הדרכון _____ (9) מספר רישיון נהיגה _____

(10) US Social Security (במידה ויש) _____ (11) ת.ז. ישראלית _____

(12) מספר זיהוי אחר _____

(13) כתובת _____ (א) מספר הבית _____ (ב) מספר הדירה _____ (ג) שם הבנין _____
ד) שם הרחוב _____
ה) שם שכונה _____
ו) שם העיר _____
ז) מיקוד _____

(14) טלפון בבית _____ מספר _____ קידומת _____

(15) טלפון סלולרי _____ מספר _____ קידומת _____

_____ מספר _____ קידומת _____

(16) מספר פקס _____ קידומת _____ מספר פקס _____

(17) כתובת דוא"ל _____

International Patient Registration Sheet (Hebrew)

Page 2/2

פרטי איש קשר

17) שם איש קשר _____ 18) קירבה _____

19) מספר טלפון כולל קידומת _____ 20) ארץ מגורים _____

21) כתובת _____

פרטי ביטוח

22) שם חברת ביטוח _____ 23) טלפון של חברת הביטוח _____

24) פקס של חברת ביטוח _____ 25) שם בעל הפוליסה _____

26) קירבה לחולה _____ 27) מספר פוליסה _____

28) מספר תביעה _____

29) האם יש ברשותך כרטיס אשראי ישראלי זהב או פלטינה **כן/לא**

ע"מ לוודא כי חשבונך ישולם ע"י חברת הביטוח, נא הודיע בהקדם לחברת הביטוח כי קיבלת/ה טיפול בבית החולים זה. שם לב כי רוב חברות הביטוח דורשות שהמבוטח ייצור איתם קשר מייד עם כניסתו לבית החולים. אנא בדוק את הפוליסה שלך למספר הטלפון החרום של חברת הביטוח שלך.

מידע על מקום העבודה

30) שם המעסיק _____ 31) מקצוע _____

32) כתובת המעסיק _____

33) טלפון במקום העבודה _____

34) האם אתה נמצא בארה"ב בנסיעת עסקים מטעם העבודה? **כן/לא**

אישפוזים קודמים

35) האם אושפזתה בעבר בבית חולים זה? **כן/לא**

36) אם התשובה היא כן, נא פרטי את תאריכי האישפוז הקודמים _____

נא ספק לפקידת הרישום העתקים של פוליסת הביטוח, דרכון או כל תעודה מזהה אחרת.

הערות
