

**预授权申请表**

**申请人信息:**

申请人姓名:	联系电话:
邮件地址:	
就诊医院名称/科室:	

**就诊信息** (由医生填写):

病人姓名:	出生日期: ____年____月____日
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____	有效证件号码:
医院联系电话/传真号码:	医院邮件地址:
就诊原因: <input type="checkbox"/> 意外事故 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其它_____	
发病症状及起病时间:	
意外事故原因及时间:	
体格检查结果:	
实验室检查结果:	
相关疾病既往史:	
医疗诊断:	
经历的未成功的治疗方案:	
门诊	
预计项目: <input type="checkbox"/> 检查 <input type="checkbox"/> 门诊手术 <input type="checkbox"/> 其他_____	预计日期:
申请项目医学必要性:	
估计费用:CNY _____ /US\$ _____	
住院	
预计项目: <input type="checkbox"/> 检查 <input type="checkbox"/> 住院手术 <input type="checkbox"/> 生育 <input type="checkbox"/> 其他_____	预计日期:
申请项目医学必要性:	
预计住院总天数:	住院估计总费用: CNY _____ /US\$ _____
手术日期:	手术名称:
手术估计费用:CNY _____ /US\$ _____	
麻醉方式:	
如还需别科(院)医生会诊, 联合手术, 请阐释医学必要性:	
备注:	

- 1、如果没有填写预授权申请表或者重要信息缺失, 可能给客户造成不必要的损失。
- 2、我司仅对预授权申请表上信息进行审核, 对于治疗期间涉及其他需预授权项目, 必须重新申请。