



فرم Medical Information

متن سوالات	پاسخ سوالات را در این ستون یادداشت فرمایید
لطفاً توضیح دهید بیماری شما چیست	
نام پزشک و مشاورش را بنویسید	
مکان درمان خود را بنویسید (کدام بیمارستان یا کلینیک)	
آیا موافقت بیمارستان را برای درمان دارید	
زمان درمان شما چه تاریخی است	
مدت زمان حضور خود را در کلینیک بنویسید	
هزینه حدودی درمان شما چه میزان است	
آیا در یک بیمارستان ملی (service health national) تحت درمان خواهید بود؟	
آیا قصد دارید بعد از درمان در کلینیک بمانید	
چه کسی هزینه درمان شما را متقبل می شود ؟	
آیا در گذشته در انلستان تحت درمان قرار گرفته اید؟	
چه کسی همراه شما خواهد آمد	

* توجه نمایید که تمامی این اطلاعات باید عیناً در فرم اصلی وارد شوند، لطفاً تمامی فیلدهای موجود را به دقت تکمیل نمایید و هیچ گزینه‌ای را خالی نگذارید.

*** حتی در صورت همراه نبودن پدر، مادر، فرزند، خواهر، و برادر، لطفاً تمامی فیلدهای موجود به دقت تکمیل شود.