



Zusatzformular „Medizinische Behandlung“ (vom Einlader auszufüllen)
Tibbiy davolanish uchun qo'shimcha ma'lumotlar (taklif qiluvchi tomonidan to'ldiriladi)

Einlader (Klinik- oder Arztstempel) Taklif qiluvchi shaxs (Klinika muxri va shifokorning imzosi)	
Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen/ Savollar tug'ilganda murojaat uchun shaxs	Name: / Familiyasi: Telefonnummer: / Telefon raqami: E-Mail:/ адрес эл.почты:
Patient / Bemor	Name und Geburtsdatum: / Familiyasi va tug'ilgan sanasi
Art der Behandlung / davolanish turi	<input type="checkbox"/> stationär / statsionar <input type="checkbox"/> ambulant/ ambulator
Ist die Unterbringung durch die Klinik organisiert?/ Yashash joyi klinika tomonidan tashkil etiladimi?	<input type="checkbox"/> ja / ha <input type="checkbox"/> nein/ yo'q Falls ja, wo? / Agar javob „ha“ bo'lsa, qayerda?
Voraussichtliche Höhe der Behandlungskosten / davolanishga ketadigan sarf-harajatlarning taxminiy miqdori	Insgesamt / Jami €
Zahlungsvereinbarung / To'lov haqidagi kelishuv	<input type="checkbox"/> bereits bezahlt / To'langan <input type="checkbox"/> Betrag muss vor der Behandlung vom Patienten entrichtet werden / harajat miqdori bemor tomonidan davolanishdan oldin to'lanishi lozim <input type="checkbox"/> Anzahlung geleistet in Höhe von _____ € / _____yevro miqdorida oldindan to'lov amalga oshirilgan
Begleitpersonen (falls zutreffend) / Hamrohlik qiluvchi shaxslar (agar bo'lsa)	Name und Geburtsdatum: / Familiyasi va tug'ilgan sanasi Unterbringung in der Klinik? / Klinikada joylashadimi? <input type="checkbox"/> ja / ha <input type="checkbox"/> nein / yo'q

Ort, Datum und Unterschrift des o.g. Einladers /
Jay, sana va yuqorida ko'rsatilgan taklif qiluvchi shaxsning imzosi