



Teleconsultation Request Form
Заявка на получение телеконсультации
в Университетской клинике г. Фрайбург

IMS
Office for International Medical Services

IMS - Fax-No.: + 49 761 270 1931

Please fill out this form in English or German

Пожалуйста, заполните этот бланк на английском или немецком языке!

Hospital name / company name:
Клиника / фирма:

Contact person:
Контактное лицо:

Telephone of the contact person:
Телефон Адрес контактного лица:

Email of the contact person:
электр. Адрес контактного лица:

What specialist would you like to have a teleconsultation with?
С каким специалистом Вы хотели бы заказать телеконсультацию?

Patient's Name/Surname:
Ф.И.О. пациента:

♀
♂

Date of Birth:
Дата рождения:

Purpose of teleconsultation:
Цель телеконсультации:

Current diagnosis:
Диагноз пациента:

Brief Patient's History:
клинические данные:

When would you like to have your teleconsultation?
Когда Вы хотели бы заказать телеконсультацию?

Name/Position of people who would be present during your teleconsultation.
Имена/должности людей, которые будут присутствовать на телеконсультации:

I would like to order the following teleconsultation:
Я хотел бы заказать телеконсультацию:

20 мин. / 20 min.
40 мин. / 40 min.
60 мин. / 60 min.

I would like to pay by / Я хотел бы оплатить консультацию:

credit card / кредитной карточкой
bank transfer / банковским переводом

.....
Date / signature
Дата / подпись

Bank details:

Beneficiary: Universitätsklinikum Freiburg IMS

Bank: Sparkasse Nördl. Breisgau Freiburg

Account No: 2004 406

Bank Identity: 680 501 01

Swift Code / BIC: FRSPDE66

IBAN: DE08 6805 0101 0002 0044 06

Purpose of payment: Teleconsultation