# 

# 预就诊表格

|  |
| --- |
| 我为何需要填写本表格？ NHS医院的治疗并不是针对所有的人都免费。所有医院都有法律义务确定患者是否有权享受免费治疗。请填写此表格，帮助我们履行该义务。父母/监护人应该代表儿童填表。填写完毕后，务必通读下文声明并在签字栏处签字。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **此处请用大写字母填写** | | | | | | | | | | |
| **姓：** |  | | | | | | | | | |
| **名：** |  | **出生日期：** | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 声明： 所有人都要填写 | | | | | | | | |
| 本医院可能需要请求内政部核查您的移民身份，以帮助我们确定您是否有资格享受免费的NHS医院治疗。在这种情况下，您个人的非临床信息将被发送到内政部。我们所提供的信息可由内政部使用和保留，以便履行其职能，包括在海外、入境口岸和英国境内实施移民管制。内政部还可能与其他执法部门和获得授权的债务追偿机构分享这些信息，以实现国家安全、调查、刑事诉讼、收缴罚金和民事罚款等目的。  **如果您属于应缴费者，但没有支付已开出账单的NHS治疗费用，那么这可能会导致您未来的入境或在英国居留的移民申请遭到拒绝。为此，必要的（非临床）个人信息可能会经由卫生部递交至内政部。**  **声明：**   * 我已阅读并理解我被要求填写本表格的原因。 * 我同意信托与我联系，确认我提供的任何信息的细节。 * 我知晓贵部可能会联系相关的官方机构，以便核实我所做的任何陈述。 * 据我所知，我在此表格中提供的信息是正确的。 * 我知晓如果我故意提供虚假信息，相关部门可能会对我采取行动。这些行动可能包括将此事提交医院的本地反欺诈专业人士以及收回到期应缴纳的款项。 | | | | | | | | |
| **签字：** |  | **日期：** | D | D | M | M | Y | Y |
| **打印姓名：** |  | **与病人关系：** |  | | | | | |
| **被代表人：** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 所有人都要填写：个人详情 - 请回答适用您情况的所有问题 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 您是否通常居住在英国？ | | | | | 是: | |  | 否: | |  | | 国籍： | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 英国境内地址： | | | | | | | | | | | | 护照编号： | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 签发国家： | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 电话号码： | |  | | | | | | | | | | 护照有效期至： | | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| 手机号码： | |  | | | | | | | | | | 双重国籍： | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 电邮： | |  | | | | | | | | | | 入境英国日期： | | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| 您今后会回到母国居住吗？ | | 是： | | | |  | | | 否： |  | | 若是，何时回国？ | | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| 英国境外的地址： | | | | | | | | | | | | 雇主（英国或海外）的姓名和地址： | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国家： | | | | |  | | | | | | | 国家： | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话： | | | | |  | | | | | | | 雇主电话： | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 2. 所有人都要填写： 官方文件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 请告知您目前持有以下哪些文件（选中所有适用的文件）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 现行英国护照 | | | | | | | | | |  | | 现行欧盟护照 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 现行非欧盟护照及有效的入境签证 | | | | | | | | | | 签证编号： | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 学生签证 | |  | | | 访问签证 | | | | | 签证有效期至： | | | D | | D | | M | | | M | | Y | | | Y | |
|  | 庇护登记卡（ARC） | | | | | | | | | | ARC编号： | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 其他 - 请说明 | | |  | | | | | | | BRP编号： | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. 所有人都要填写 在英逗留 *-* 您可能被需要提供文件支持 | | | | | | | | | | | | | | |
| 请告知您在英国逗留的目的（选中所有适用项）： | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 度假/探亲访友 | | | | |  | 公干 | | | |  | 永久居住 | | |
|  | 工作 | | | | |  | 学习 | | | |  | 寻求庇护 | | |
|  | 其他 - 请说明： | |  | | | | | | | | | | | |
| 过去12个月里您在英国境外停留了多久？ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 无 |  | | 最高3个月 | | | |  | 3-6 个月 | | | |  | 6个月以上 |
| 请说明过去12个月里您离开英国的原因（选中所有适用项） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 我居住在他国 | | | |  | | 度假/访友 | | |  | | 工作 | | |
|  | 通勤频繁（公干/在海外安置第二个家） | | | | | | | | |  | | 学习 | | |
|  | 其他 - 请说明： | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. 所有人都要填写：家庭医生详情 *–* 如果您已经在英国家庭医生处注册 | | |
| 家庭医生姓名/诊所名称： |  | 家庭医生诊所地址： |
| 家庭医生电话： |  |  |
| NHS编号： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. 健康保险或旅行保险详情 - 如果英国不是您的永久居住地 | | | | | | |
| 您是否有保险？ | | 是： |  | 否： |  | 保险公司名称及地址： |
| 会员号： |  | | | | |  |
| 保险公司电话 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. 欧洲健康保险卡（EHIC）详情 - 如果您住在欧洲经济区内另一个国家 | | | | | | | | | | |
| 您是否有非英国的欧洲健康保险卡？ | 是： |  | 否： |  | 若是，请在下方填写欧洲健康保险卡数据： | | | | | |
| *如果您从另一个欧洲经济区国家到访英国，并且没有持有现行的欧洲健康保险卡，您可能需要支付在事故和急诊科以外接受的所有治疗费用。 如果您被收入医院病房或者需要作为门诊病人到院复诊，您都需支付费用。* | | | | | 3 |  | | | | |
| 4 |  | | | | |
| 5 |  | 6 |  | | |
| 7 |  | | | | |
| 8 |  | | | 9 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. 学生详情 - 若您出于学习目的到访英国 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学院/大学名称： | |  | | | | | | | | | | 电话： | | | |  | |
| 课程日期 | 开始： | D | D | M | M | Y | Y | 截止: | D | D | M | | M | Y | Y | 时长/周数 |  |

|  |
| --- |
| 如果您已在事故与急诊科填完此表格，请在离开前将表格交给前台或护士。如果您被收入任何病房或转诊在事故与急诊科以外接受进一步治疗，治疗可能会产生费用。请期待我们的海外访客团队的一员对您进行访谈。 |