

(Please use block letters)

The patient

First name(s)	<input type="text"/>																								
Family name(s)	<input type="text"/>																								
Date of birth (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>						Policy number	<input type="text"/>						-	<input type="text"/>										
Address	<input type="text"/>																								
Postal Code	<input type="text"/>						City	<input type="text"/>																	
Country	<input type="text"/>																								

Hospital

Name	<input type="text"/>																								
Address	<input type="text"/>																								
Postal Code	<input type="text"/>						City	<input type="text"/>																	
Country	<input type="text"/>																								
Email	<input type="text"/>																								
Telephone	<input type="text"/>												Fax	<input type="text"/>											
Contact person	<input type="text"/>																								
Date of admission (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>																								
Expected date of discharge (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>																								

Medical information

Diagnosis:

Main symptoms:

Date of first symptom (dd/mm/yyyy):

Date of first consultation (dd/mm/yyyy):

Previous treatment:

Expected treatment and prognosis:

Delivery

Expected date of delivery (dd/mm/yyyy):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Normal delivery C-section

Length of stay in hospital/clinic (in days):

--	--	--

Has the patient received fertility treatment?

 YES NO

Description of fertility treatment:

If C-section, state the indication:

Estimated costs*Please state currency*

Hospital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Surgeon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assistant

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anaesthetist

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Attending physician

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

If the patient was referred to you by another physician or hospital or you have knowledge of treatment rendered elsewhere, please complete the following:

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Other remarks**Signature**

Date (dd/mm/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Doctor's signature

Doctor's stamp

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

When to use the hospitalisation report

To ensure an optimum service when settling hospitalisation expenses for our client, ihi Bupa should be notified of the hospitalisation immediately. Notification should be in advance whenever possible, and any communication expenses incurred (telephone, fax or e-mail) will be reimbursed by ihi Bupa.

When the hospital expenses are to be settled directly between tih Bupa and the hospital, the hospital should complete this form and send it to us. When the diagnosis has been accepted, we will send a "Guarantee of Payment" to the hospital confirming the acceptance of settlement of the expenses in accordance with the insurance cover. This will ensure a smooth process which will be to everybody's satisfaction. Should you have questions, you are very welcome to direct these to us at the address below or to your representative.