



治疗方案

帮助我们快速处理会员的索赔要求：

您是否已经

- 回答完所有问题？
- 签名并填写日期？

请将完成的表格提交至：

通过保密电子邮件或以下网址上传：
axaglobalhealthcare.com/customer
传真：+44 (0) 1892 508256
邮寄地址：国际客户服务
英国 TN1 2PL 肯特鎊坦布里奇韦尔斯月牙湾路
菲利普斯住宅 AXA 全球医疗保健(英国)有限公司

1 患者详情

姓名

会员/客户编号

患者出生日期

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

索赔编码

2 治疗师细节

姓名

该患者是否是转介给您的？

- 否
- 是▶ 若是, 请提供转介该名患者的人的姓名？

治疗师类型

- 物理治疗师
- 脊椎指压师
- 整骨医师
- 针灸师
- 同种疗法医师
- 其他, 请在下方具体说明

请勾选您的首选联系方式

电话号码

传真号码

电子邮件

接下一页

3 重要临床发现

诊断日期
(dd/mm/yyyy)

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

请提供您治疗该病的所有情况的
诊断细节, 包括会议次数。目前处
于这种状况的患者需要使用哪些
药物(包括剂量)?

治疗开始日期
(dd/mm/yyyy)

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

4 治疗目标

预期的具体改进有哪些?

5 治疗计划

正在进行治疗的国家？

请总结迄今为止的治疗并提供拟议的治疗计划或护理途径以及预计的持续时间, 包括:

- 提议的额外会议数量
- 任何建议/家庭锻炼计划
- 任何其他相关信息。

如果可能的话, 请附上最近的医师信件的副本。

会议数量

每次会议的持续时间

根据 VAS 疼痛评分, 患者的疼痛程度如何?

0 - 10 VAS 数字疼痛表

无疼痛

中度疼痛

剧痛



患者的运动范围是什么?

这种情况会影响日常生活吗?

是 否

若是, 请提供详细资料

病人什么时候会被请来进行专科/骨科复查?

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

目前的下级护理计划是什么?

6 签署

本人为患者的治疗师,且确认本人所提供信息为本人所知且正确无误。我明白,如果任何信息不正确,可能会影响我的患者的医疗费用索赔。

签署

请打印姓名

日期

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---