

中国初级卫生保健基金会
生命绿洲患者援助公益基金

苏达新生患者援助项目

患者转诊申请表

患者姓名		性 别		年 龄	
疾病诊断					
家庭住址			联系方式		
患 者 申 请	请明确注明转出和转入的项目医院和药房 签字： 日期：				
接诊医院				项目医生	
接 诊 意 见	签字盖章： 日期：				
项 目 办 公 室 审 批	项目办公室意见： 经办人： 日期：				
	项目负责人签字：				

转诊要求:

- (1) 患者所在地设有项目医院才可提出转诊要求，所在地无项目医院或其他原因要求转诊者不在此范围内。
- (2) 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药的连续性。
- (3) 需转诊患者必须在将要接诊的项目医生同意接受的情况下才能进行转诊。

转诊程序:

- (1) 患者将已填好的《患者转诊申请表》寄或带到接诊的项目医生处，由接诊项目医生在接诊意见处填写接诊医生意见并签名盖章。
- (2) 患者将《患者转诊申请表》通过微信端口上传指定位置，经由项目办审核通过后转诊成功。
- (3) 转诊成功后，患者将《患者转诊申请表》领药时一并携带。