

登記表

姓名：(中文)_____ (英文)_____ 先生____太太____女士____博士____其他____

地址(英文)_____ 電話(家)：_____

_____ (工作)/(手機)：_____

出生日期：_____ 年齡：_____ 職業_____ 電子信箱：_____

如果年齡在 18 歲以下，請填寫：父親姓名(英文)_____ 母親姓名(英文)_____

或 監護人姓名(英文)_____

您有醫療保險嗎？ 有 ____ 沒有 ____

如果您有醫療保險，請列出保險名稱(英文)_____

保險持有者姓名(英文)：_____

您怎樣知道我們診所的？_____

如果有人向您推薦我們，請寫下他的姓名：_____

如果您的家庭成員是我們的病人，請列出：_____

上一次的健康檢查日期?_____

請列出您的家庭醫師：（英文）

姓名:_____

電話:_____

地址:_____

I hereby authorize payment of my medical and surgical insurance benefits to Seesaw vision EB LLC. I understand I am financially responsible for any charges whether or not paid by said insurance. If copayments and/or deductibles are designated by my insurance company or health plan, I agree to pay them to Seesaw vision EB LLC. I authorize Seesaw vision EB LLC to release any information required to process any and all claims for reimbursement on my behalf. A copy of this authorization may be used in place of the original.

Signature

Date