



# 中华慈善总会拜科奇血友病患者援助项目

## 患者变更发药点/医生申请表

患者姓名		患者编号	
邮寄地址及联系电话			
申请内容	<input type="checkbox"/> 变更发药点		<input type="checkbox"/> 变更医生
申请理由			
原发药点		新发药点	
原医院名称		新医院名称	
原注册医生是否同意该患者转出	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	新注册医生是否同意接收该患者	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
原注册医生签字盖章		新注册医生签字盖章	
患者签字		填表时间	

- 填表说明：1、各城市医院及注册医生名单，患者可致电项目热线 010-83368339 查询，以便选择新注册医生。
- 2、准备变更发药点、医院及医生的患者，需要填写本表，并提供患者本人一寸免冠彩色证件照一张，邮寄到拜科奇项目办公室进行审批。
- 3、办理变更发药点/医生手续的时间约为 1 个月，为避免耽误患者下次领药，建议您在刚领完药时立刻通过中国邮政邮寄此申请表至北京市 100034 信箱 23 分箱中华慈善总会拜科奇项目办公室。
- 4、变更发药点/医生申请未被批准的，拜科奇项目办将电话通知患者。