

## Формуляр врача

### Инструкция для законных представителей

Этот формуляр должен быть заполнен врачом в случае, если заявитель не может подписать документы Клеймс Конференс. Пожалуйста, предоставьте этот формуляр для заполнения лечащему врачу заявителя. Клеймс Конференс может принять этот формуляр только в том в случае, если врач осмотрел пациента **не более, чем два месяца назад**.

После заполнения, отправьте, пожалуйста, **оригинал** этого формуляра Клеймс Конференс вместе с другими необходимыми документами. Ксерокопии, факсы и электронные письма не принимаются.

### Инструкция для врачей

Этот формуляр должен быть заполнен в случае, если заявитель не может подписать документы Клеймс Конференс. Вы должны были осмотреть пациента **не более, чем два месяца назад**.

### ФИО врача

Номер лицензии (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)

Телефон

Адрес

### ФИО пациента

Дата рождения

Дата последнего осмотра

### Свидетельство:

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанный/ая пациент/ка находится в живых.

Кроме того, настоящим я подтверждаю, что по состоянию здоровья, пациент/ка:

прикован/а к постели и/или нетранспортабелен/на

и/или

не может подписывать какие-либо официальные документы

Настоящим подтверждаю, что, насколько мне известно, вышеуказанная информация достоверна и точна и понимаю, что предоставление ложных или искаженных сведений может повлечь за собой уголовное преследование в соответствии с законом.

Подпись врача

Дата / /

Печать врача