



大湾区香港专属医疗服务中心服务方案

日期

*** 必需填写**

1. 姓名 *

2. 年龄 *

3. 性别 *

4. 证件号码 *

5. 求诊事项 *



6. 主诊医生 *

含背景资料，合适视频和文章

7. 目标药物 和 仪器资料

(主诊医生可能因临床原因改用其它药物或仪器)

8. 医院和房间级别

含介绍医院视频和图片

9. 预期时间

10. 术后疗养