

# MEDICAL REPORT FORM



## TO BE COMPLETED BY MEDICAL DOCTOR

Name of patient	
Date of illness or accident	
Diagnosis of illness	
Brief description of medical treatment	
Medication prescribed	
Date of medical treatment	
Name of medical doctor	
Name of clinic or hospital	
Telephone number of clinic or hospital	

## TO BE COMPLETED BY STUDENT OR HOST FAMILY

Maksun saajan nimi	
Puhelin ja sähköpostiosoite	
Tilinumero	
Kulut	

## TO BE COMPLETED BY AFS FINLAND

Tiliöinti	4070	Hyväksyntä	
-----------	------	------------	--

### OHJEET

Jos vaihto-oppilas sairastuu ja tarvitsee lääkärin apua, ottakaa tämä lomake mukaan lääkäriin. Pyytäkää lääkäriä täyttämään lomake englanniksi, jos mahdollista. Lisätkää lomakkeeseen tilinhaltijan tiedot ja palauttakaa lomake kuitteineen AFS-toimistoon skannattuna kulukorvaus@afs.org tai postitse Malminrinne 1 B 4.krs, 00180 Helsinki.