

|                                                                                                    |                                         |                                                                                                     |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Imię i Nazwisko Pacjenta                                                                           | Data urodzenia<br>miesiąc/dzień/rok     | Płeć (zakreśl)<br>K M                                                                               | Numer tel. komórkowego |
| Adres Pacjenta                                                                                     | Ulica                                   | Miasto                                                                                              | Stan Kod Poczty        |
| Zawód                                                                                              | E-mail                                  | Numer telefonu dodatkowego                                                                          |                        |
| Imię i Nazwisko posiadacza ubezpieczenia (jeżeli inne niż powyżej)                                 | Data urodzenia posiadacza ubezpieczenia | Pokrewieństwo pacjenta z posiadaczem ubezpieczenia (zakreśl):<br>ubezpieczony mąż/żona dziecko inne |                        |
| Osoba do kontaktu w razie nagłego wypadku może otrzymać moje informacje medyczne<br><b>TAK NIE</b> | Nazwisko lekarza pacjenta               | Zgadzam się otrzymywać wiadomości tekstowe SMS z przypomnieniem o wizycie<br><b>TAK NIE</b>         |                        |
| Osoba do kontaktu w razie nagłego wypadku:                                                         | Pokrewieństwo z pacjentem:              | Numer telefonu osoby do kontaktu:                                                                   |                        |

**Jak dowiedział(a) się Pan/Pani o PDR Physical Therapy & Wellness Center?** \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA

\*Proszę **zakreślić w kółko tak lub nie** i podać w przybliżeniu kiedy.

Guz lub Nowotwór (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Choroby stawów (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Wysokie Ciśnienie Krwi (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Złamania kości (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Osteoporoza (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Migreny (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Problemy z kręgosłupem (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Astma (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Paraliż/ Osłabione mięśnie (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Cukrzyca (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Choroby serca (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Cięża obecnie (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_  
Wszczepiony Rozrusznik Serca (TAK/ NIE) \_\_\_\_\_ Inne \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkie **przebyte operacje/zabiegi** i rok kiedy były przeprowadzone: \_\_\_\_\_

Czy miałeś/aś już fizjoterapię w tym roku? **TAK / NIE** Ile zabiegów? \_\_\_\_\_

Czy korzystałeś(aś) z jakichkolwiek usług medycznych we własnym domu w ciągu ostatnich dwóch miesięcy? **TAK / NIE**

### INFORMACJE O OBECNYCH PROBLEMACH ZDROWOTNYCH

Problem z którym zgłasza się Pan/Pani na zabiegi do PDR \_\_\_\_\_

Data urazu/operacji (jeżeli dotyczy) \_\_\_\_\_ Proszę zakreślić: wypadek w pracy / wypadek samochodowy / inny

Proszę podać nazwy i rodzaje **leków** które Pan/Pani przyjmuje:

**Podpis Pacjenta/Opiekuna** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

Witamy w PDR Physical Therapy & Wellness Center.

Poniżej przedstawiamy ważne informacje, które pomogą nam zapewnić Pani/Panu opiekę na najwyższym poziomie. Proszę wszystko uważnie przeczytać. Jeśli Pan/ Pani ma jakieś wątpliwości, proszę pytać.

#### POZWOLENIE NA TERAPIĘ \_\_\_\_\_ (inicjały)

Ja, niżej podpisany/a, udzielam zgody PDR Physical Therapy & Wellness Center na przeprowadzenie fizjoterapii włączając w to wszystkie zabiegi, uważane za niezbędne do leczenia mojej dolegliwości.

#### ODWOŁANIE WIZYTY \_\_\_\_\_ (inicjały)

Jeżeli nie jest Pan/Pani w stanie przyjść na wizytę, uprzejmie prosimy o zawiadomienie nas nie później, niż 24 godziny przed planowaną terapią. Na pacjentów, którzy nie zawiadomią nas w wymaganym terminie, zostanie nałożona opłata w wysokości \$50. Jeżeli nie pojawiają się Państwo trzy razy, leczenie zostanie zakończone i będziemy musieli o tym fakcie zawiadomić lekarza. Bardzo prosimy o niezwłoczne poinformowanie nas o ewentualnym spóźnieniu a my w miarę możliwości postaramy się dostosować do okoliczności. Jeśli jednak terapeuta zdecyduje, że czas, jaki pozostał do końca wizyty jest niewystarczający do przeprowadzenia efektywnej terapii, zostanie ona przełożona na inny termin.

*Pacjenci po wypadkach w pracy:* proszę pamiętać, że jesteśmy zobowiązani do poinformowania Pana/Pani reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcy i lekarza o każdej opuszczonej wizycie.

#### POZWOLENIE NA MEDIA

Zgadzam się, aby PDR Physical Therapy & Wellness Center używał moich zdjęć i/lub wideo do:

- dokumentacji medycznej \_\_\_\_\_ (inicjały)
- celów reklamowych \_\_\_\_\_ (inicjały)

#### PRZEKAZANIE PŁATNOŚCI / ZEZWOLENIE NA WYDAWANIE INFORMACJI \_\_\_\_\_ (inicjały)

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na przekazywanie płatności za moje leczenie bezpośrednio do PDR Physical Therapy & Wellness Center przez prywatne firmy ubezpieczeniowe, Medicare oraz osoby trzecie, pokrywające koszty mojej terapii. Jednocześnie upoważniam PDR Physical Therapy & Wellness Center do udostępniania wszystkich niezbędnych informacji, łącznie z moją historią medyczną, firmom ubezpieczeniowym w celu pokrycia kosztów leczenia. Kopia tego dokumentu jest równie ważna, jak oryginał.

#### PŁATNOŚCI \_\_\_\_\_ (inicjały)

Przed rozpoczęciem Pana/ Pani terapii, PDR Physical Therapy & Wellness Center pomoże ustalić, czy Państwa polisa wymaga płacenia co-pay lub innych opłat i określi ich przybliżoną wielkość. Regularne płatności pozwolą nam i Państwu kontrolować koszty, dlatego uprzejmie prosimy o dokonywanie niezbędnych płatności przy każdej wizycie lub przynajmniej raz w tygodniu. Akceptujemy płatności gotówką, czekami oraz kartami kredytowymi.

Bardzo prosimy o uiszczanie opłat w ciągu 30 dni od otrzymania rachunku. Jeśli nie otrzymamy płatności po upływie 90 dni od jego wysłania a sprawa nie będzie rozpatrywana przez ubezpieczalnię lub nie będą mieli Państwo podpisaną umowę finansową z naszą kliniką, sprawa zostanie skierowana do niezależnej agencji zajmującej się ściąganiem długów. Będziecie Państwo wtedy odpowiedzialni za 1.5% oprocentowania miesięcznie a także za wszystkie opłaty, związane z przekazaniem Państwa sprawy do wyżej wymienionej agencji. Opłaty te mogą wynieść dodatkowo do 40% należności. Jeżeli mają Państwo jakieś pytania, bardzo prosimy o kontakt.

#### HIPAA - ZAWIADOMIENIE O OCHRONIE PRYWATNOŚCI

Ja, niżej podpisany(a), otrzymałem(am) do wglądu i zapoznałem(am) się z PDR Physical Therapy & Wellness Center NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

**Oświadczam że zapoznałem(am) się z informacjami zawartymi w powyższym dokumencie.**

Imię i Nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Podpis Pacjenta/Opiekuna \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_