

Imię i nazwisko pacjenta	Data urodzenia miesiąc/dzień/rok	Płeć (zakreśl) K M	Numer tel. komórkowego
Adres pacjenta	Ulica	Miasto	Stan Kod pocztowy
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): Ubezpieczony mąż/żona dziecko inne	
Osoba do kontaktu może otrzymywać moje informacje medyczne TAK NIE	Nazwisko lekarza pacjenta	Zgadzam się otrzymywać wiadomości tekstowe z przypomnieniem o wizycie TAK NIE	
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) _____

Ciąża 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 Państwu opiekę na najwyższym poziomie. Proszę wszystko przeczytać uważnie. Jeśli mają Państwo 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 są Państwo w stanie przyjść na wizytę, uprzejmie prosimy o zawiadomienia 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 pojawią się Państwo trzy razy, leczenie zostanie zakończone i będziemy musieli o tym fakcie zawiadomić lekarza. Bardzo prosimy o niezwłoczne poinformowanie nas o ewentualnym spóźnieniu. Jeśli terapeuta zdecyduje, że czas, jaki pozostał do końca wizyty nie jest wystarczający do przeprowadzenia efektywnej terapii, zostanie ona przełożona na inny termin. Pacjenci po wypadkach w pracy: proszę pamiętać, że jesteśmy zobowiązani do poinformowania Państwa reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcy i lekarza o każdej opuszczonej wizycie.

POZWOLENIE NA MEDIA

Zgadzam się, aby PDR Physical Therapy & Wellness Center używał moich zdjęć lub/i video do: dokumentacji medycznej _____ (inicjały) celów reklamowych _____ (inicjały).

PRZEKAZANIE PŁATNOŚCI / ZEZWOLENIE NA WYDAWANIE INFORMACJI _____ (inicjały)

Ja, niżej podpisany/a 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 udostępnienia wszystkich niezbędnych informacji, łącznie z moją historią medyczną, firmom ubezpieczeniowym w celu pokrycia kosztów leczenia. Kopia tego dokumentu jest równie ważna, jak oryginał. Jednocześnie biorę pełną odpowiedzialność za pokrycie wszystkich kosztów mojego leczenia, nie objętych ubezpieczeniem lub nie pokrytych przez ubezpieczyciela.

PŁATNOŚCI _____ (inicjały)

Przed rozpoczęciem terapii PDR Physical Therapy & Wellness Center pomoże ustalić, czy Państwa polisa wymaga płacenia co-pay lub innych opłat. Regularne płatności pozwolą Państwu i nam kontrolować koszty, dlatego prosimy o dokonywanie niezbędnych płatności przy każdej wizycie lub przynajmniej raz w tygodniu. Akceptujemy gotówkę, czeki oraz karty kredytowe. 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 podpisanej umowy finansowej z naszą kliniką, sprawa zostanie skierowana do niezależnej agencji, zajmującej się ściąganiem długów. Będą Państwo odpowiedzialni za 1.5% miesięcznie a także za wszystkie opłaty, związane z przekazaniem Państwa sprawy do wyżej wymienionej agencji. Opłaty te mogą dodatkowo wynieść 40% należności. Jeżeli mają Państwo jakieś pytania, bardzo prosimy o kontakt.

HIPPA - ZAWIADOMIENIE O OCHRONIE PRYWATNOŚCI

Ja, niżej podpisany/a, otrzymałem(am) do wyglądu 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 _____