

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 w razie nagłego wypadku może otrzymać moje informacje medyczne TAK NIE	Nazwisko lekarza pacjenta	Zgadzam się otrzymywać wiadomości tekstowe SMS 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) _____ 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.

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/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.

ODWOŁANIE WIZYTY _____(inicjały)

Ja, niżej podpisany(a), przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) **ZASADY ODWOŁYWANIA / ZMIANY TERMINU WIZYT** i zgadzam się na ich przestrzeganie.

HIPAA - ZAWIADOMIENIE O OCHRONIE PRYWATNOŚCI

Ja, niżej podpisany(a), otrzymałem(am) do wglądu i zapoznałem(am) się z NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

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

Imię i Nazwisko pacjenta _____

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

ZASADY ODWOŁYWANIA / ZMIANY TERMINU WIZYT

Dziękujemy za obdarzenie nas zaufaniem i powierzenie leczenia naszemu zespołowi specjalistów z PDR Physical Therapy & Wellness Center. Zawsze staramy się zapewnić opiekę medyczną na najwyższym poziomie, ale aby utrzymać tak wysoki standard a zarazem przystępne ceny usług, ważne jest, aby nasi pacjenci przestrzegali zasad odwoływania i przekładania wizyt.

W przypadku konieczności odwołania lub zmiany terminu sesji terapeutycznej, prosimy o jak najszybszy kontakt z naszą kliniką, **nie później niż 24 godziny przed planowaną wizytą** (24 godziny liczone od wyznaczonej godziny wizyty a nie dzień przed). Pozwoli to nam na umówienie innego pacjenta, który może oczekiwać na terapię. Aby odwołać lub zmienić termin, należy zadzwonić lub wysłać SMS pod jeden z poniższych numerów:

Główna linia: (847) 459 4779

Recepcja (linia bezpośrednia): (224) 333 1282

Telefon komórkowy (jeśli inne linie nie działają): (224) 523 6404

Aby uniknąć opłaty za anulowanie rezerwacji, zawsze można zostawić wiadomość na naszej skrzynce głosowej.

- Od 1 maja 2022 r., każdy pacjent, który nie pojawi się na umówionej wizycie i nie odwoła jej albo nie przełoży z co najmniej **24-godzinnym wyprzedzeniem**, zostanie obciążony **opłatą w wysokości \$50**.
- Pacjent, który po raz drugi nie pojawi się na wizycie lub nie odwoła jej bez 24-godzinnego powiadomienia, zostanie obciążony **opłatą w wysokości \$100**.
- Jeżeli pacjent po raz trzeci odwoła lub przełoży wizytę bez powiadomienia nas o tym w wyznaczonym terminie, zostanie obciążony pełną opłatą za wizytę w **wysokości \$140**. Jeżeli pacjent nie pojawi się trzy razy, leczenie zostanie zakończone i będziemy musieli o tym fakcie zawiadomić lekarza.
- Pacjenci po wypadkach w pracy: proszę pamiętać, że jesteśmy zobowiązani do poinformowania Pana/Pani reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcy i lekarza o każdej opuszczonej wizycie.
- Nowy pacjent, który nie pojawi się na pierwszej wizycie (ewaluacji) i nie odwoła jej w wyznaczonym terminie, nie zostanie umówiony na kolejną, dopóki nie zostanie uiszczona opłata w wysokości \$160.
- Oплата za niestawienie się na wizycie jest pobierana bezpośrednio od pacjenta, a nie od firmy ubezpieczeniowej i należy ją uiścić przed następną sesją terapeutyczną.
- Jeśli wizyta została zaplanowana na poniedziałek lub dzień następujący bezpośrednio po dniu świątecznym, musi ona zostać odwołana w ostatnim dniu roboczym przed dniem świątecznym.
- Z grzeczności, gdy czas na to pozwala, dzwoniemy lub wysyłamy SMS-y z przypomnieniem o terapii. Należy jednak pamiętać, że brak przypomnienia z naszej strony nie oznacza odwołania wizyty i zasady anulowania sesji pozostają w mocy.
- 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.

Rozumiemy, że mogą zdarzyć się sytuacje, w których wystąpi nieprzewidziany nagły wypadek i pacjent nie będzie w stanie dotrzymać umówionego terminu. W takiej sytuacji możemy zrobić jednorazowy wyjątek od kary za anulowanie terapii, ale bardzo prosimy o jak najszybsze powiadomienie naszej kliniki o tym, że nie mogą państwo przyjechać na terapię.