

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) <b>ubezpieczony mąż/żona dziecko inne</b>		
Osoba do kontaktu w razie nagłego wypadku może otrzymać moje informacje medyczne <b>TAK NIE</b>	Nazwisko lekarza pacjenta	Zgadzam się otrzymywać wiadomości tekstowe SMS z przypomnieniem o wizycie <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.

### 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 \_\_\_\_\_