

INFORMACJE O PACJENCIE:

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)

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest sprawdzenie i zrozumienie warunków mojej polisy ubezpieczeniowej. Pracownicy Kliniki mogą pomóc sprawdzić, czy polisa wymaga płacenia co-pay lub innych opłat, jednak **nie jest to ich obowiązkiem i nie ponoszą oni odpowiedzialności za rzetelność uzyskanych od firmy ubezpieczeniowej informacji.**

Regularne płatności pozwolą Państwu i nam kontrolować koszty, dlatego prosimy o dokonywanie ich przy każdej wizycie lub przynajmniej raz w tygodniu. Płatności należy dokonać w ciągu 30 dni od otrzymania pierwszego 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 wymienione agencji. Opłaty te mogą dodatkowo wynieść 40% należności.

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 _____