



920 E. Northwest Highway
Mount Prospect, IL 60056
Phone: (847) 459-4779
Fax: (847) 459-5771
www.PDRRehab.com

Witamy w PDR Physical Therapy & Wellness Center. Poniżej przedstawiamy ważne informacje, które pomogą nam zapewnić Panu/Pani pomoc na najwyższym poziomie. Proszę wszystko uważnie przeczytać. Jeśli ma Pan/Pani jakieś wątpliwości, proszę zapytać. Bardzo nam zależy na Pana/Pani powrocie do zdrowia!

UBIÓR

Na wizytę, proszę przyjść w ubraniach, które są odpowiednie do wykonywania ćwiczeń. Ćwiczenia jakie będzie Pan/Pani wykonywać będą zależały od diagnozy, ale ogólnie powinny to być luźne ubrania, które nie będą ograniczać Pana/Pani ruchów i nie zasłaniać miejsca, w którym jest problem. Zalecane jest też przyjście w butach sportowych i krótkich spodenkach dla pacjentów, którzy mają problemy z kręgosłupem i dolnymi kończynami. Jeżeli będzie Pan/Pani przychodzić od razu po pracy, proszę przynieść ubrania ze sobą.

UMAWIANIE NA WIZYTY

Wizyty są umawiane co 45 minut. Jeżeli wszyscy pacjenci przyjdą na czas, nie powinno być długiego oczekiwania. **Jeżeli Pan/Pani wie, że będzie spóźniony/a, proszę niezwłocznie nas powiadomić.** Postaramy się dostosować do Pana/Pani planu jak tylko możemy, ale proszę zrozumieć, że inni pacjenci także muszą być widzeni na czas. Jeżeli terapeuta zdecyduje, że czas jaki pozostał nie jest wystarczający, może on poprosić o umówienie się na wizytę w innym terminie. Wcześniejsze powiadomienie o spóźnieniu może ułatwić sytuację. Proszę spróbować umówić się na wizytę przynajmniej tydzień wcześniej, żeby wybrać najdogodniejszy termin.

ODWOŁANIE WIZYTY

Bardzo ważne dla Pana/Pani powrotu do zdrowia jest uczęszczanie na wszystkie wizyty. Jeżeli nie jest Pan/Pani w stanie przyjść na wizytę, proszę powiadomić nas jak najszybciej, najlepiej 24 godziny wcześniej. To pozwoli nam umówić się z pacjentem, który czeka następny w kolejności. **Jeżeli nie pojawicie się Państwo na umówioną wizytę trzy razy, terapia zostanie zakończona i zostanie poinformowany o tym lekarz. Jeżeli nie powiadomi Pan/Pani naszego gabinetu, będzie Pan/Pani zmuszona zapłacić \$50.00.** Ta opłata nie będzie pokryta przez ubezpieczenie więc będzie Pan/Pani sam/a za nią odpowiedzialny/a. Rozumiemy, że czasami wypadają okoliczności, na które nie mamy wpływu. Jeżeli coś takiego się zdarzy, proszę porozmawiać o tym ze swoim terapeutą. **Pacjenci po wypadkach w pracy:** proszę zwrócić uwagę, że musimy natychmiast poinformować Pana/Pani reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcę, lekarza i prowadzącą pielęgniarkę o każdej opuszczonej wizycie.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

POZWOLENIE NA MEDIA

Zgadzam się aby P D R Physical Therapy & Wellness Center używał:

_____ zdjęcia lub wideo _____ referencje dla medycznej dokumentacji i reklamy.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i Nazwisko Pacjenta		Data Urodzenia	Płeć (zakreśl) K M	Numer Tel. Komórkowego
Adres Pacjenta		Miasto	Stan	Kod Pocztowy
Zgadzam się otrzymywać wiadomości SMS TAK NIE				
Social Security # (Worker's Comp)	Zawód	Nazwa Pracodawcy		E-Mail
Imię i Nazwisko Posiadacza Ubezpieczenia (jeżeli inne niż powyżej)		Data Urodzenia Posiadacza Ubezpieczenia		Numer Telefonu Dodatkowego
Pokrewieństwo Pacjenta z Posiadaczem Ubezpieczenia (Zakreśl)		Stan Cywilny Pacjenta (Zakreśl)		Czy jesteś uczniem?
ubezpieczony mąż/zona dziecko Inne		wolny/a żonaty/mężatka inny		Tak Nie

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

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA

Proszę zakreślić tak lub nie i podać w przybliżeniu kiedy albo wpisać "aktualnie".

Guz lub Nowotwor (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 (TAK/ NIE) _____

Wszczepiony Rozrusznik Serca (TAK/ NIE) _____ Inne (TAK/ NIE) _____

Proszę wymienić wszystkie przebyte operacje/zabiegi i rok kiedy były przeprowadzone: _____

Czy miałeś/as już fizykoterapie w tym roku? Tak / Nie Ile zabiegów? _____

Czy korzystali Państwo z jakichkolwiek usług medycznych we własnym domu w ciągu ostatnich dwóch miesięcy? TAK NIE

INFORMACJE O OBECNYCH PROBLEMACH ZDROWOTNYCH

Część (części) ciała przez które został/a Pan/Pani skierowany/a na rehabilitację _____

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

Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na tę dolegliwość? Jeżeli tak, proszę podać nazwy i rodzaje leków _____

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____



920 E. Northwest Highway
Mount Prospect, IL 60056
Phone: (847) 459-4779
Fax: (847) 459-5771
www.PDRRehab.com

PRZYDZIELENIE KORZYŚCI / ZEZWOLENIE NA WYDAWANIE INFORMACJI

Ja, niżej podpisany, niniejszym zezwalam na przekazanie moich medycznych płatności, do których jestem upoważniony, włącznie z Medicare, Medicaid, prywatnym ubezpieczeniem i płacącymi osobami trzecimi, do P D R Physical Therapy & Wellness Center. Niniejszym upoważniam P D R Physical Therapy & Wellness Center do wydawania wszystkich potrzebnych informacji, włącznie z moją historią zdrowotną, żeby zapewnić płatności. Niniejszym upoważniam wyżej wymienionego beneficjenta do wydawania wszystkich potrzebnych informacji, włącznie z historią zdrowotną, do moich lekarzy. Ja, niżej podpisany, zezwalam na wydanie moich medycznych informacji lekarzom oraz osobie pod imieniem: _____, numer telefonu: _____, pokrewienstwo _____.

Kopia tego dokumentu jest tak samo ważna jak oryginał.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

POZWOLENIE NA TERAPIĘ

Ja, niżej podpisany, niniejszym wyrażam zgodę PDR Physical Therapy & Wellness Center na udzielenie medycznej pomocy i terapii włączając wszystkie zabiegi uważane za potrzebne i odpowiednie do leczenia mojej dolegliwości.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

PŁATNOŚCI

Dziękujemy za wybranie PDR Physical Therapy & Wellness Center na miejsce terapii. Poniższe informacje pomogą uniknąć nieporozumień dotyczących płatności za usługi.

- Natychmiastowe opłaty pozwalają nam kontrolować koszty. Bilans zaległych rachunków kosztuje obie strony czas i pieniądze. Dlatego, podczas leczenia jesteście Państwo proszeni o płacenie swoich co-payments po każdej wizycie, albo przynajmniej raz w tygodniu.
- PDR Physical Therapy & Wellness Center pomoże ustalić, czy wasze ubezpieczenie wymaga co-payment i ile ono wynosi. Przyjmujemy gotówkę, czeki i karty kredytowe.
- Jeżeli nie otrzymamy zapłaty w ciągu 30 dni od wysłania rachunku pracownik PDR Physical Therapy & Wellness Center skontaktuje się z Państwem aby omówić zaistniałą sytuację.
- Jeśli nie otrzymamy płatności po upływie 61 dni od wysłania zawiadomienia, a sprawa nie będzie rozpatrywana przez ubezpieczalnię lub nie będziecie mieli podpisanej umowy finansowej, 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 wynoszą do 40% należności.
- Jeżeli mają Państwo jakieś pytania proszę skontaktować się z nami niezwłocznie.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____

HIPAA ZAWIADOMIENIE O OCHRONIE PRYWATNOŚCI

Ja, niżej podpisany, otrzymałem od PDR Physical Therapy & Wellness Center ich Zawiadomienie o Ochronie Prywatności.

Podpis Pacjenta/Opiekuna _____ Data _____