

3. Garant/verantwoordelijke persoon
(indien niet gedekt door de verzekering)

Naam: _____
Laatst Eerst middelste initialen

Relatie met de patiënt: Zelf Echtgenoot Ander: _____

Indien anders: vul het volgende in. (Anders ga naar het volgende gedeelte)

Geboortedatum: ____/____/____ Sociale zekerheidsnummer: ____/____/____

Telefoon werk: () _____ Mobiel: () _____ Thuis: () _____

Werkgever: _____ Adres

werkgever: _____

Beroep: _____ Fulltime Parttime Gepensioneerd Geen baan

4. Is uw toestand het gevolg van een ongeval? Ja Nee (Indien nee - vink Nee aan en ga door naar het volgende gedeelte)

Zo ja - Arbeidsletsel? Auto-ongeluk? Anders: _____

Datum van blessure: ____/____/____ Claimnr.: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____

Adres: _____

_____ Schatmeester/

Contactpersoon: _____ Telefoonnummer: () _____

5. Verzekeringsinformatie (Gelieve de verzekeringskaart(en) aan de receptioniste te tonen, zodat een kopie in uw dossier kan worden opgenomen.)

Primaire verzekering: _____ Verzekerings-ID-nr.: _____

Naam van de verzekerde: _____

Laatst Eerst middelste initialen
Relatie met de patiënt: Zelf Echtgenoot Anders: _____ Geslacht: Man Vrouw

Socialezekerheidsnummer verzekerde: _____ - _____ - _____ Verzekerde geboortedatum: ____/____/____

*Als de patiënt gedekt is door een andere verzekering, vul dan de volgende informatie in ter coördinatie van
voordeel Met deze informatie kan uw verzekeringsmaatschappij uw claim sneller verwerken. Bedankt!*

Secundaire verzekering: _____ Verzekerings-ID-nr.: _____

Naam van de verzekerde: _____

Laatst Eerst middelste initialen
Relatie met de patiënt: Zelf Echtgenoot Anders: _____ Geslacht: Man Vrouw

Socialezekerheidsnummer verzekerde: _____ - _____ - _____ Verzekerde geboortedatum: ____/____/____

Met deze informatie kan uw verzekeringsmaatschappij uw claim sneller verwerken. Bedankt!

Naam van de verzekerde: _____

Socialezekerheidsnummer verzekerde: _____ - _____ - _____ **Verzekerde geboortedatum:** ____/____/____

Doorverwezen door: _____ Indien doorverwezen door een vriend, mogen we hem/haar dan

1). _____ 3). _____

2). _____ 4). _____

Naam van de persoon die niet bij u woont: _____

Adres: _____ **Werktelefoon:** () _____

Mobilele telefoon: () _____

Heeft u thuis een antwoordapparaat: ☐ Nee ☒ Ja Mogen wij een bericht voor u achterlaten op uw machine?

Overige instructies m.b.t. het achterlaten van berichten: _____

Handtekening patiënt: _____ **Datum:** _____

Verzekeringen en financieel beleid

1. De honoraria voor onze professionele dienstverlening zijn gebaseerd op de op dit gebied gebruikelijke tarieven.
2. Wij erkennen dat onze patiënten vaak medische hulp moeten zoeken wanneer de patiënt de kosten het minst kan dragen. De verantwoordelijkheid voor het betalen van de zorg zal echter worden gelegd bij degenen die diensten ontvangen, met uitzondering van enkele van de hieronder genoemde uitzonderingen.
3. Indien uw verzekeringsmaatschappij de arts niet rechtstreeks betaalt, wordt bij de betekening een uitkering van 20% gevraagd. Wij bespreken graag onze kosten met u. Indien nodig kunnen financiële afspraken worden gemaakt door dit voorafgaand aan uw afspraak zonder officemanagement te bespreken.
4. Wij factureren alle primaire verzekeringsmaatschappijen wanneer factuurgegevens en een factuuradres worden verstrekt. Wij zijn deelnemende Medicare-aanbieders en factureren zowel Medicare als uw secundaire verzekeringsmaatschappij.
5. Patiënten die vallen onder schadevergoedingsclaims van werknemers, Medicaid of Quest, moeten dit kantoor van alle noodzakelijke informatie voorzien.
 - A. We moeten actuele kaarten hebben van de patiënt die gedekt wordt door Medicaid en/of Quest.
 - B. Voor schadevergoedingsclaims van werknemers zijn claimnummers, de datum van het letsel en een postadres vereist.
 - C. Patiënten die gedekt zijn door claims voor werknemerscompensatie moeten dit kantoor hun privéverzekeringsgegevens verstrekken in het geval dat uw claim wordt afgewezen.
 - D. Als u ons deze noodzakelijke informatie voor facturering niet kunt verstrekken, is dat mogelijk nodig zijn om uw afspraak te verplaatsen.
6. Wij zijn van mening dat een aansprakelijkheidsvordering tegen iemand anders geen reden is om de betaling van uw nota uit te stellen.
 - A. De betaling is de verantwoordelijkheid van de persoon die de behandeling heeft ondergaan, niet van de persoon tegen wie een rechtszaak wordt aangespannen.

- B. Om deze reden en vanwege het feit dat rechtszaken langere tijd kunnen duren, verwachten wij dat onze rekening snel wordt betaald.
- C. Zonder verzekeringsdekking wordt op dat moment de volledige betaling verwacht dienstverlening, tenzij er andere afspraken zijn gemaakt.

7. Achterstallige rekeningen worden overgedragen aan een extern incassobureau. Patiënten van wie de rekeningen zijn toegewezen voor incasso, kunnen in de toekomst uitsluitend op contante basis worden gezien.

8. Uw medische gegevens worden strikt vertrouwelijk bewaard. Er wordt geen informatie verstrekt aan een derde partij (met uitzondering van de compensatievervoerder van een werknemer), tenzij we de huidige schriftelijke toestemming van u hebben.

A. Informatie over patiënten moet schriftelijk worden aangevraagd en er moet een schriftelijke toestemming van de patiënt worden bijgevoegd.

B. Het assimileren van medische dossiers kost tijd en daar moeten we kosten voor in rekening brengen.

Het minimumbedrag is \$ 40,00, afhankelijk van de tijd die ermee gemoeid is.

9. Wij vullen het invaliditeitsformulier graag voor u in, maar dit vergt ook tijd en er is een kleine vergoeding per formulier vereist voordat de informatie wordt ingevuld.

A. Uit beleefdheid zullen wij één (1) arbeidsongeschiktheidsformulier voor u invullen onder "Gratis".

B. Voor alle volgende invaliditeitsformulieren wordt een minimumbedrag van € 1,- berekend \$ 25,00 per stuk.

Ik begrijp de voorwaarden van dit beleid volledig

Ik accepteer de voorwaarden van dit beleid.

Ik wijs de voorwaarden van dit beleid af

Naam van de patiënt: _____

Handtekening van de patiënt: _____

Datum: _____

Receptbeleid

1. Recepten en navullingen worden uitsluitend tijdens reguliere kantooruren verstrekt. Maandag – vrijdag – 9.00 – 16.30 uur
2. Dr. Graham schrijft geen recepten uit en verstrekt geen navullingen gedurende de avond en/of in het weekend wanneer de medische dossiers van de patiënt niet voor hem beschikbaar zijn.
Plan vooruit – Controleer of u medicijnen nodig heeft en bel tijdens kantooruren als u meer nodig heeft.
3. **Minimaal 24 uur van tevoren voor alle navullingen – bij voorkeur 48 uur van tevoren.**
4. Beperkingen voor patiënten die medicijnen tegen verdovende pijn krijgen van Dr. Graham.
 - A. Verdovende pijnvoorschriften zijn als betaalmiddel. Ze worden niet vervangen als ze verloren gaan, worden gestolen, door het toilet worden gespoeld, door de hond worden opgegeten of wat dan ook.
 - B. Voorschriften voor verdovende pijnstillers van andere zorgverleners zijn niet toegestaan, tenzij ze Dr. Graham dekken tijdens zijn afwezigheid.
 - C. Gebruik slechts één apotheek. Verander niet van apotheek zonder eerst ons kantoor hiervan op de hoogte te stellen.
5. Bel ons kantoor niet om het bijvullen van medicijnen aan te vragen die door andere artsen zijn voorgeschreven, tenzij we vooraf een kennisgeving en toestemming rechtstreeks van de voorschrijvende arts of zijn bevoegde personeel ontvangen.
6. Dr. Graham zal GEEN recepten voor pijnmedicijnen uitschrijven. Voorschriften voor pijnmedicatie worden overgedragen aan uw huisarts.
7. Dankzij elektronische voorschrijfmethoden hebben we nu toegang tot al uw medicijnen die door al uw artsen zijn voorgeschreven.

Ik begrijp de voorwaarden van dit beleid volledig.

Ik accepteer de voorwaarden van dit beleid. Ik
wijs de voorwaarden van dit beleid af

Naam van de patiënt: _____

Handtekening van de patiënt: _____

Datum: _____

Bestudeer de onderstaande symbolen. Gebruik de juiste symbolen of symbolen die uw ongemak het beste beschrijven en plaats deze symbolen in het juiste deel van de lichaamscontour hieronder om aan te geven waar het ongemak zit.

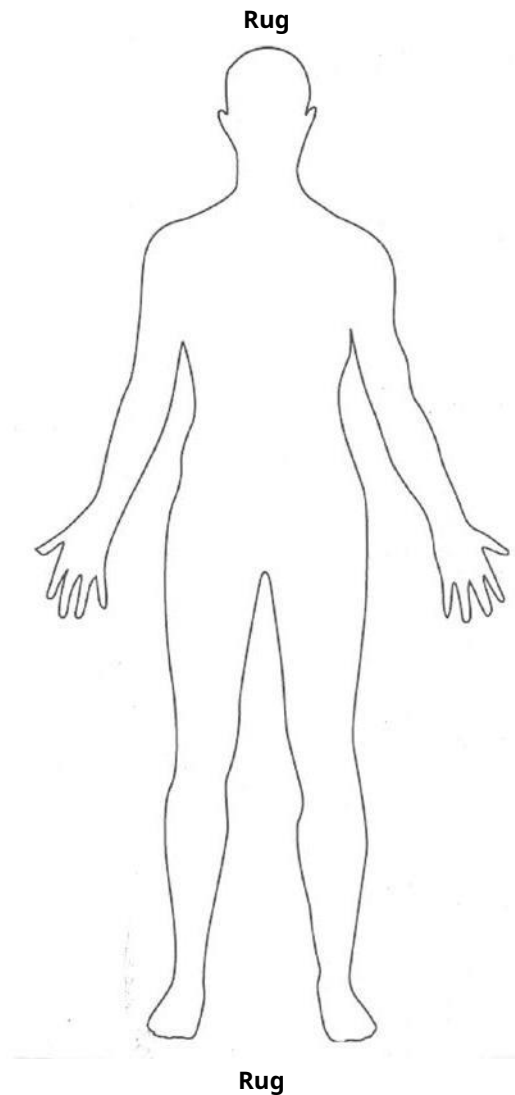
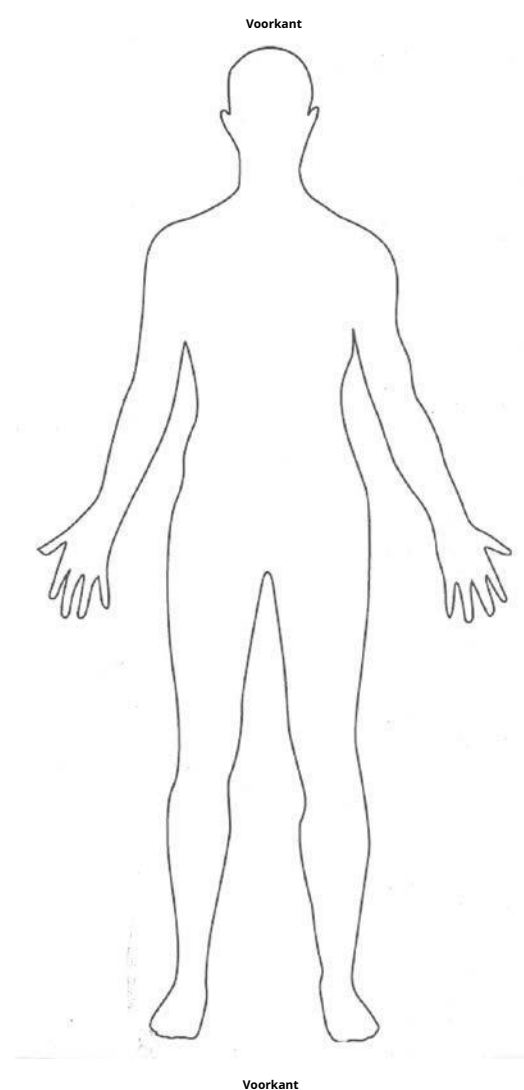
Pijnlijk
AAAA

Brandend
BBBB

Doof gevoel
OOOOOO

Spelden en naalden
●●●●●●●●

Steken
////////



Beoordeel uw pijn

0= Geen pijn
10= Extreem intense pijn

Direct: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Op zijn slechtst: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Op z'n best: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ondertekend: _____

Datum: _____

Gezondheidsgeschiedenis van patiënten

Naam van de patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Belangrijkste klacht:

Verwijzende arts:

Reden voor het bezoek van vandaag?

Beschrijf de symptomen, het ongemak en/of de problemen die u ervaart: _____

Uw huidige probleem is het gevolg van (vink aan wat van toepassing is):

☐ Auto-ongeluk – Datum van letsel _____

☐ Arbeidsongeval – Datum van letsel _____

☐ Persoonlijk letsel – Datum van letsel _____]

☐ Anders: _____

Beschrijf kort wanneer En Hoe het ongeluk gebeurde: _____

Toetsing van systemen:

Heeft u momenteel problemen of heeft u problemen gehad met:

Constitutioneel

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Koorts
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Gewichtsverlies
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Overmatige vermoeidheid
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Nacht zweet

Ogen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Bril	<input type="checkbox"/> Contactlens	<input type="checkbox"/> Datum laatste examen: _____
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Infecties		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Blessures		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Glaucoom		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Staar		

Oor, neus, keel en mond

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Gehoöraanpak laatste examen: _____			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Gehoorverlies			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Oor infecties			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Oorsuizen	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Beide
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Evenwichtsstoornissen (bijv. duizeligheid, draaierigheid)			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Neusbloedingen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Verstopte neus			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Frequentie neusdrainage: _____ Hoeveelheid: _____ Kleur: _____ Onvermogen om te ruiken			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Sinusproblemen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Hoofdpijn van de sinussen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Keelpijn			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Zweetjes in de mond			

Cardiovasculair

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Pijn op de borst of angina pectoris	Datum van laatste ECG: _____
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____ Hoge bloeddruk	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Onregelmatige pols	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Hartruis	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Hoge cholesterol	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Zwelling van voeten en/of handen Pijn in de benen tijdens het lopen	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		

☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee

Ademhaling

Astma
 Chronische hoest
 Emfyseem
 Kortademigheid
 Bronchitis
 Longontsteking
 Longkanker
 Bloedig sputum

Röntgenfoto van de borst

Datum laatste röntgenfoto: _____

☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee

Gastro-intestinaal

Indigestie van pijn bij het eten van
 misselijkheid
 Braken
 Bloed in uw braaksel
 Leverziekte
 Geelzucht
 Buikpijn
 Verandering in de stoelgang.
 Zweren of gastritis
 Darmkanker

☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee

Urogenitaal

Urineweginfectie
 Pijnlijk urineren
 Bloed in uw urine
 Moeilijkheden bij het starten of stoppen van de
 stroom Incontinentie
 Niersteen
 Prostaatkanker (mannelijk)
 Endometriose (vrouwelijk)
 Kanker: ☐ Baarmoeder ☐ Cervicaal

☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee
☐ Ja ☐ Nee

Musculoskeletaal

Gebroken botten – Lijst: _____ Arm-
 of beenzwakte
 Rugpijn
 Arm- of beenpijn
 Gewrichtspijn of zwelling
 artritis

☐ Ja nee

☐ Ja nee

Alleen voor vrouwen:

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Integumentair

Huidziekte

Huidkanker

Borst: ☐ Pijn

☐ Tederheid

☐ Zwelling

Tepelafscheiding

Datum laatste mammografie: _____

Resultaten: _____

Neurologisch

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Flauwvallen of 'black-out'-aanvallen

Problemen met geheugen

Desoriëntatie

Moeilijkheden met spraak

Onvermogen om zich te

concentreren Dubbel of wazig

zien Gezichtszwakte

Coördinatie in arm en benen

Psychiatrisch

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Spanning

Depressie

Andere psychiatrische stoornis/behandeling

Endocrien

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Diabetes

Schildklier aandoening

Verhoogde eetlust

Overmatige dorst of

problemen met plassen

Hematologisch/lymfatisch

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Bloedarmoede

Hemofilie

Bloedingsneigingen

Aanhoudende gezwollen klieren of lymfeklieren

Bloedtransfusie: Zo ja – Datum(en) _____

Allergisch/immunologisch

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Voedsel allergie

Inhalatie- (neus)allergieën

Immunologische stoornissen

Verleden geschiedenis:

Vermeld eventuele eerdere ernstige ziekten:

Datum

Ziekte

Maak een lijst van eventuele eerdere ernstige verwondingen en beschrijf kort:

Datum

Blessure

Beschrijving

Chirurgie en/of ziekenhuisopname:

Datum

Chirurgie / ziekenhuisopname

Resultaat

Heeft u ooit problemen gehad met de anesthesie?

☐ Ja

☐ Nee

Huidige medicatie:Naam van medicijnDosis/frequentieVoorschrijvend arts

allergieën:

(Medicijnen, voedsel, milieu, enz.)

Familiegeschiedenis:FamilielidLeeftijd

A= Levend

D= Overleden

Gezondheidsstatus /

Doodsoorzaak

Grootmoeder van moederskant: _____

Grootvader van moeders kant: _____

Grootmoeder van vaderszijde: _____

Grootvader van vaderszijde: _____

Moeder: _____

Vader: _____

[] Zus [] Broer: _____

[] Zus [] Broer: _____

[] Zus [] Broer: _____

[] Zus [] Broer: _____

Sociale Geschiedenis:

Bezigheid: _____

Burgelijke staat alleenstaand ☐ Getrouwd ☐ Gescheiden ☐ Weduwe

Heeft u kinderen? ☐ Nee ☐ Ja – Hoeveel? _____

Woon je alleen? ☐ Ja
 ☐ Nee – wie woont er bij jou? _____

Rook je? ☐ Ja - _____ pakjes sigaretten per dag gedurende _____ jaar.

☐ Ja – ik rook een ☐ pijp ☐ sigaar

☐ Nee – dat heb ik nog nooit gedaan

☐ Nee – ik ben _____ jaar geleden gestopt met roken.

Destijds rookte ik _____ pakjes per dag gedurende _____ jaar.

Drink je alcohol? ☐ Nee nooit

☐ Nee – Maar ik dronk _____ per week.

☐ Ja – ☐ Dagelijks – bedrag? _____

☐ Eén of meerdere keren per week. Hoeveelheid? _____

☐ Eén of meerdere keren per maand. Hoeveelheid? _____

Loopt u risico op AIDS (bijvoorbeeld seksuele geaardheid, drugsmisbruik, eerdere bloedtransfusie, enz.)?

☐ Nee

☐ Ja – Licht toe: _____

De bovenstaande informatie is naar mijn beste weten juist.

Handtekening van de patiënt

Datum

Ik heb bovenstaande informatie met de patiënt doorgenomen.

Handtekening van de arts

Datum