Sentara Medische Groep



Translated from English to Dutch - www.onlinedoctranslator.com

Patiëntregistratieformulier

Achternaam	Voornaam				
AKA (ook bekend als) /Vorige achternaam (namen)					
Sociale zekerheid # Geboorted	latum/ Geslacht:-Mannelijk-Vrouwelijk				
Burgerlijke staat:EnkelGescheider	nWettig gescheidenWeduwe Levenspartner				
Gehuwd woo <u>nadres</u>					
Sta <u>d</u>	Postcod <u>e</u>				
Thuistelefoon()	Mobiele telefoon()				
Andere telefoon()	Alternatieve telefooninfo				
E-mail	_				
Patiënt/familie Gewenste communicatiemethode:-Thuistelefoo	on-Mobiele telefoon-Alt-telefoon-E-mail-Tekst Eerstelijnszorg				
Arts/Kinderarts					
Indien een pediatrische patiënt, vermeld dan broers en zussen					
Race:-WitZwart of Afro-AmerikaansAm	erikaanse Indiaan of inwoner van AlaskaAziatisch				
Pacific Islander of inheemse HawaiiaanAnder ras – graag afdrukken					
Etniciteit:-Spaanse of Latino of Spaanse afkomstGeen Spaanse, Latino of Spaanse afkomst					
Anders/Onbekend – Print a.u.b. indien anders					
	_				
Taalvoorkeur: Indien anders dan Engels, graag afdrukken					
Heeft u een gehoor- of gezichtsstoornis die hulp nodig heeft voor effectieve communicatie?					
Zo ja, vink de betreffende artikelen aan:-VisieGehoor					
Werkgever van de patiënt					
Adres					
Stad	Staat Postcode				
Werk telefoon nummer()	Ext				
Persoon die financieel verantwoordelijk is voor de factuur nadat de verzekeringsbe	staling is ontvangen (alleen invullen als de natiënt niet verantwoordelijk is) Rent u				
de patiëntenBorq?Wettelijke voor					
Naam van de garant/wettelijke voogd					
Relatie van de patiënt met de garant/wettelijke voogd:-	Afhankelijk kindStudent				
	Gelieve af te drukken				

Werktelefoon #()	Voonadres van de garant/wettelijke voog	d		
Telefoon thuis () Mobiele telefoon() Werktelefoon() Sarant/wettelijke voogd Naam en adres van de werkgever Stad Staat Postcode Contactpersoon voor noodgevallen-Wie moet u bellen in geval van een noodgeval? 1. Naam Relatie Mobiel/Him stelefoonnumment) Werktelefoon #() 2. Naam Relatie Mobiel/Him stelefoonnumment) Werktelefoon #() Is uw bezoek het gevolg van een werkgerelateerd letsel of een auto-ongeluk?-jaNee Heeft u een Advance Care Plan? (voorschotrichtlijn, levenstestament, medische volmacht)-jaNee Heeft de patiënt een verzekerings - JaNee Primaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de hoofdverze. Plannaam Geslacht:MannelijkVra **von verzekeringnemer - Geboortedatum van verzekeringnemer van de secundaire Plannaam Geslacht:MannelijkVra **Pannaam Geslacht:Man	 Plaats		Staat	 Postcode
Stad				
Contactpersoon voor noodgevallen-Wie moet u bellen in geval van een noodgeval? 1. Naam	Garant/wettelijke voogd Naam en adres van	de werkgever		
Contactpersoon voor noodgevallen-Wie moet u bellen in geval van een noodgeval? 1. Naam				
Relatie Mobiel/Hm-telefoonnummer(Stad	Staat	Postcode	
Relatie Nobiel/Him-telefoonnummerf Nam Nam				
Mobiel/Hm-telefoonnummer() Werktelefoon #() 2. Naam Relatie Mobiel/Hm-telefoonnummer() Werktelefoon #() Is uw bezoek het gevolg van een werkgerelateerd letsel of een auto-ongeluk?	Contactpersoon voor noodgevallen -Wie moet u b	ellen in geval van een		
2. Naam Relatie Mobiel/Hm-telefoonnummert	noodgeval? 1. Naam		Relatie	
Werktelefoonnummer() Werktelefoon#()	Mobiel/Hm-telefoonnummer(Werktelefoon #()
Werktelefoonnummert Werktelefoon #()	2 Naam		Relatie	
Is uw bezoek het gevolg van een werkgerelateerd letsel of een auto-ongeluk?jaNee Heeft u een Advance Care Plan? (voorschotrichtlijn, levenstestament, medische volmacht)-JaNee Heeft de patiënt een verzekering? - JaNee Primaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de hoofdverze. Plannaam			Relatic	
Heeft u een Advance Care Plan? (voorschotrichtlijn, levenstestament, medische volmacht)-JaNee Heeft de patiënt een verzekering? -JaNee Primaire verzekeringsinformatie - <u>Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de hoofdverze.</u> Plannaam Naam van verzekeringnemer # van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer	Mobiel/Hm-telefoonnummer()		Werktelefoon #()
Primaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de hoofdverzen. Plannaam			t, medische volmacht)-Ja	Nee
Naam van verzekeringnemer # van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer / / Secundaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de secundaire Plannaam Naam van verzekeringnemer # van verzekeringnemer Geslacht:MannelijkVr # van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer / / Patiënt/garant Gedrukte naam	Primaire verzekeringsinformatie - <i><u>Vul de</u></i>	onderstaande gegevens in als de pa		van de hoofdverzekering is
Secundaire verzekeringsinformatie - <u>Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de secundaire</u> Plannaam Naam van verzekeringnemer Geslacht:MannelijkVr # van verzekeringnemer / / Patiënt/garant Gedrukte naam				MannelijkVrouwelijk
Plannaam Naam van verzekeringnemer Geslacht:MannelijkVr # van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer / / Patiënt/garant Gedrukte naam	van verzekeringnemer	Geboortedatum van ver	zekeringnemer /	1
Plannaam Geslacht:MannelijkVr # van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer / _/ Patiënt/garant Gedrukte naam	Secundaire verzekeringsinformatie - <i><u>Vul de</u></i>	onderstaande gegevens in als de pa	atiënt niet de verzekeringnemer	van de secundaire verzekering is
# van verzekeringnemer Geboortedatum van verzekeringnemer // Patiënt/garant Gedrukte naam			_	
Patiënt/garant Gedrukte naam			- Geslacht:	MannelijkVrouwelijk
·	van verzekeringnemer	Geboortedatum van ver	zekeringnemer /	<u>/</u>
	Patiënt/garant Gedrukte naam			
Handtekening patiënt/garant Datum /	Handtekening patiënt/garant			Datum / /