

Snel patiëntenregistratieformulier

Patiënt informatie:

Officiële voornaam: _____ **MI:** ____ **Wettelijke achternaam:** _____

Seks: MF **Geboortedatum:** _____ **Moedertaal:** _____

Burgerlijke staat: Getrouwd vrijgezel ☐ Partner ☐ Gescheiden ☐ Weduwe ☐

Race: _____ **Etniciteit:** _____

Adres _____ **Stad** _____ **Staat** _____ **Postcode** _____

Telefoon thuis _____ **Mobiele telefoon** _____ **Werktelefoon** _____ **E-mail** _____

Voorkeurswijze van contact (omcirkel één): Thuis telefoon ☐ Mobiele telefoon ☐ Werktelefoon ☐ E-mail ☐

Wilt u toegang tot het Patiëntenportaal? JN **Mogen wij u sms'en?** JN

Patiëntenverzekering:

Verzekeringsinformatie: Bent u de Primaire Kaarthouder: YN

Als Nee: **Naam van kaarthouder:** _____ **Relatie** _____ **Geboren** _____

Heeft u een Secundaire Verzekering: YN

Naam kaarthouder: _____ **Relatie** _____ **Geboortedatum** _____

Is dit een bezoek aan de werknemerscompensatie? JN

Uw sociale zekerheid # _____

Indien ja: Omschrijving van het letsel _____ Datum van het letsel: _____ Naam werkgever: _____

_____ Adres: _____ Telefoon: _____

_____ Fax _____ Naam supervisor _____

Is de behandeling voor het letsel van vandaag goedgekeurd? JN

Zo ja, door wie? _____ Workers Comp Insurance Vervoerder – Naam W/C

Vervoerder _____ Contact: _____ Adres W/C Vervoerder _____

_____ Telefoon W/C Vervoerder: _____ Fax W/C _____

Vervoerder _____ W/C Claim # _____ Uw functie/taak: _____

Apotheekinformatie:

Naam apotheek: _____

Adres: _____ **Telefoon:** _____

Toestemming om gezondheidsinformatie met anderen te bespreken en/of telefoonberichten achter te laten:

Mochten wij u niet kunnen bereiken als wij telefonisch contact opnemen:

- Mogen wij dergelijke informatie op uw antwoordapparaat achterlaten? JN
- Mogen wij dergelijke informatie achterlaten bij iemand in uw huishouden? Y ☐ N ☐
 - **Zo ja**, noteer specifiek wie: _____
- Als u een werknummer heeft opgegeven, mogen wij dan contact met u opnemen op Werk? Y ☐ N ☐
- Heeft u iemand de bevoegdheid gegeven om afspraken voor u in te plannen, te bevestigen of te annuleren? JN
 - **Zo ja**, geef aan wie: _____

Handtekening patiënt: _____ **Datum/tijd** _____

Naam patiënt: _____ Geboortedatum: _____

allergieën:

Omcirkel de antwoorden hieronder:

Astma	Ja	Nee	Hartziekte/hartaanval	Ja	Nee	Nierziekte	Ja	Nee
Diabetes	Ja	Nee	Hoge bloeddruk	Ja	Nee	Hartinfarct	Ja	Nee
GI/darmziekte	Ja	Nee	Hoge cholesterol	Ja	Nee	Schildklier aandoening	Ja	Nee
Kanker	Ja	Nee	Zo ja, specificeer:					

Vermeld eventuele andere ernstige ziektes:

operaties:

Datum/reden van
ziekenhuisopnames (anders dan operatie of bevalling):

Vermeld alle medicijnen die u momenteel gebruikt, inclusief vrij verkrijgbare medicijnen, kruidengeneesmiddelen en vitaminen:

Familiegeschiedenis, als u antwoordt/a vermeld wie in uw gezin getroffen is:

Kanker	Nee	Ja:	Hartziekte	Nee	Ja:
Diabetes	Nee	Ja:	Hoog bloed Druk	Nee	Ja:
Hartinfarct	Nee	Ja:	Nierziekte	Nee	Ja:

Andere belangrijke familiegeschiedenis: _____

Sociale Geschiedenis

Sociale Geschiedenis				
Roker		Ja	Nee	
Zo nee, deed u dat ooit rook		Ja	Nee	
Alcohol	Geen	1-7 week	8-14 week	> 14 week

Handtekening patiënt: _____ Datum/tijd _____

ALGEMENE TOESTEMMING VOOR BEHANDELING

1. Ik, _____, geef hierbij toestemming voor behandeling door de Valley Medical Group (VMG)* en haar artsen, personeel en/of agenten. Ik begrijp dat mijn behandeling testen (bijvoorbeeld röntgenfoto's en bloedonderzoek), routinematige zorg en procedures (bijvoorbeeld injecties) en evaluatie (bijvoorbeeld interviews en lichamelijke onderzoeken) kan omvatten. Deze algemene toestemming omvat geen toestemming voor invasieve procedures (bijvoorbeeld een operatie), waarvoor een afzonderlijk toestemmingsproces vereist is. Ik begrijp dat de medische praktijk geen exacte wetenschap is en dat er geen garanties aan mij zijn gegeven over de uitkomst van mijn zorg en behandeling. Ik erken de bevoegdheid van VMG om specimens die zijn afgenomen voor laboratorium- of pathologisch onderzoek te verwijderen volgens de gebruikelijke procedures.
2. Ik begrijp en ga ermee akkoord dat VMG toegang heeft tot mijn medische gegevens en factuurgegevens. Ik begrijp dat deze informatie volgens de wet mag worden gebruikt en openbaar gemaakt voor behandelingen, betalingen en gezondheidszorgactiviteiten. Ik begrijp en ga ermee akkoord dat de over mij verstrekte informatie informatie kan bevatten over en/of kan verwijzen naar HIV/AIDS-gerelateerde diagnoses/aandoeningen, drugs- of alcoholgebruik of -misbruik, pijnbestrijding en psychiatrische of psychologische informatie, rapporten, evaluaties en diagnoses, evenals geschiedenis en resultaten van lichamelijk onderzoek, consultaties en behandelaanbevelingen. VMG is bevoegd om (een deel van) mijn gegevens openbaar te maken zoals hierboven uiteengezet, tenzij ik daar schriftelijk bezwaar tegen maak.
3. Ik begrijp dat VMG, om mijn zorg en behandeling te vergemakkelijken, mogelijk toegang nodig heeft tot informatie over mij, inclusief mijn receptgeschiedenis en informatie van mijn andere zorgverleners en faciliteiten waar ik zorg en diensten heb ontvangen, zoals specialisten, diagnostische centra, en laboratoria.
4. Nadat de behandeling is ontvangen, ga ik ermee akkoord de medische adviezen en instructies van VMG op te volgen en de behandeling en vervolgzorg voort te zetten zoals aanbevolen door VMG.
5. Ik begrijp en ga ermee akkoord dat ik financieel verantwoordelijk ben om te betalen voor de diensten die ik ontvang in overeenstemming met de reguliere tarieven en voorwaarden van VMG. Ik ga ermee akkoord om alle kosten die niet door mijn zorgverzekeraar of betaler zijn betaald, onmiddellijk aan VMG te betalen, voor zover toegestaan door de wet.
6. Ik begrijp dat mijn zorgverzekeraar of betaler kan eisen dat ik vooraf een verklaring en/of voorafgaande toestemming verkrijg voor de diensten die aan mij worden geleverd, en dat ik verantwoordelijk ben voor eventuele kosten voor gezondheidszorgdiensten die niet vooraf zijn gecertificeerd en/of vooraf geautoriseerd. Ik erken dat het mijn verantwoordelijkheid is om de vereisten, voordelen en beperkingen van mijn verzekeringsdekking te begrijpen.

IK VERKLAAR DAT IK DEZE ALGEMENE TOESTEMMING VOOR DE BEHANDELING HEB GELEZEN EN BEGREPEN, EN DAT ALLE VRAGEN DIE IK EROVER HAD, DOOR HET PERSONEEL VAN DEZE FACILITEIT TOT MIJN TEVREDENHEID ZIJN BEANTWOORD.

Handtekening patiënt of gemachtigde vertegenwoordiger

Naam van de
persoon die ondertekent

Datum en tijd

Relatie tot de patiënt

De patiënt kan geen toestemming geven omdat:



ERKENNING VAN ONZE PRIVACYVERKLARING **PRAKTIJKEN**

Door hieronder te tekenen, erken ik hierbij dat ik een kopie van de Valley Medical Group Notice of Privacy Practices heb ontvangen of de mogelijkheid heb gekregen om deze te ontvangen.

HIPAA

_____ Naam van
de patiënt (gelieve duidelijk in te drukken)

_____ Handtekening patiënt/voogd

_____ Datum en tijd

_____ Persoon Ondertekent namens de patiënt
(print alsjeblieft duidelijk)

_____ Relatie tot
de patiënt

VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN DE PATIËNT EN VERKLARING VAN BEGRIP

In de huidige gezondheidszorgomgeving wordt het voor medische zorgverleners steeds moeilijker om betaald te worden voor hun diensten. De omgang met verzekeringsmaatschappijen wordt ook steeds verwarrender voor onze patiënten. Daarom willen wij graag uw verantwoordelijkheden als patiënt van de Valley Medical Group verduidelijken.

Verzekeringsdekking

- Uw verzekeringspolis is een contract tussen u en uw verzekeringsmaatschappij, niet uw verzekeraar.
- Wijzigingen in uw verzekeringsdekking dient u bij de betekening aan ons kantoor door te geven bij het inchecken.
- Uw verzekeringsmaatschappij kan van u eisen dat u een huisarts kiest om 'in netwerkvoordelen' te ontvangen. Als u een arts van de Valley Medical Group als uw huisarts heeft gekozen en zijn of haar naam staat niet op uw verzekeringskaart, moet u verifiëren dat uw verzekeringsmaatschappij over de juiste informatie beschikt voordat de diensten worden verleend.
- Als uw claim onjuist wordt verwerkt door uw verzekeraar, geeft u Valley Medical Group toestemming om namens u in beroep te gaan tegen de claim door hieronder uw handtekening te plaatsen.
- Als uw verzekeringsplan een PCP vereist en de arts van de Valley Medical Group niet uw PCP is, bent u mogelijk verantwoordelijk voor eigen risico, medeverzekering en andere niet-gedekte diensten.
- Als uw plan verwijzingen van uw Valley Medical Group PCP naar specialisten vereist, is het uw verantwoordelijkheid om de verwijzing van ons kantoor te verkrijgen voorafgaand aan uw afspraak met de specialisten. Houd er rekening mee dat de verwerking van niet-spoedeisende verwijzingen tot twee weken kan duren. Daarnaast zullen verwijzingen plaatsvinden **NIET** met terugwerkende kracht worden gedateerd.

Financiële verplichtingen

1. Eigen bijdragen zijn verschuldigd op het moment van betekening.
2. Valley Medical Group zal de deelnemende verzekeringsmaatschappijen factureren na verificatie van de dekking. Als claims niet worden betaald, zal Valley Medical Group u factureren voor verleende diensten.
3. Betaling voor niet gedekte diensten, eigen risico's en medeverzekeringsbedragen dienen binnen dertig jaar te worden voldaan (30) dagen na ontvangst van de factuur.
4. Als verzekeringsuitkeringen ten onrechte aan u worden uitbetaald in plaats van aan Valley Medical Group, moet de betaling naar ons worden doorgestuurd. U kunt een persoonlijke cheque uitreiken aan Valley Medical Group. Zorg ervoor dat u een kopie van de documentatie van uw verzekeringsmaatschappij of de uitleg van de voordelen bijvoegt.
5. Indien u geen verzekering heeft waarbij Valley Medical Group deelneemt, bent u verantwoordelijk voor de volledige betaling van de diensten van vandaag.
6. Er kunnen verwerkingskosten in rekening worden gebracht voor het niet betalen van de contante kosten waarnaar wordt verwezen in #1 en #5 hierboven, en voor cheques die door de bank zijn teruggestuurd wegens niet-betaling.
7. Valley Medical Group brengt voor weekend- en vakantiebezoeken een extra vergoeding in rekening.
8. Indien u daarom wordt gevraagd, bent u verantwoordelijk voor het verstrekken van eventuele andere verzekeringsdekkingen aan uw verzekeringsmaatschappij, gegevens over een blessure, informatie over afhankelijke studenten en andere niet-medische informatie. Als u niet voldoet aan het verzoek om informatie van een verzekeringsmaatschappij, bent u verantwoordelijk voor de betaling.

IK HEB DE INFORMATIE EN MIJN VERANTWOORDELIJKHEDEN ZOALS HIERBOVEN VERMELD:

Patiënt/verzorger: _____ Datum: _____

Getuige: _____ Datum: _____

Een kopie van dit formulier is op aanvraag verkrijgbaar.

Datum: _____

Toestemmingsformulier voor elektronisch voorschrijven/medicatiegeschiedenis

Patiënt naam: _____

Geboortedatum: _____

E-voorschrijven wordt gedefinieerd als het vermogen van een arts om vanuit het zorgpunt elektronisch een accuraat, foutloos en begrijpelijk recept rechtstreeks naar een apotheek te sturen. Het Congres heeft vastgesteld dat de mogelijkheid om recepten elektronisch te verzenden een belangrijk element is bij het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. E-voorschrijven vermindert medicatiefouten aanzienlijk en verbetert de patiëntveiligheid. De Medicare Modernization Act (MMA) van 2003 somde normen op die moeten worden opgenomen in een e-Prescribe-programma. Deze omvatten:

- Formularium- en uitkeringstransacties – geeft de voorschrijver informatie over welke medicijnen onder het medicijnuitkeringsplan vallen.
- Medicatiegeschiedenistransacties – biedt de arts informatie over de medicijnen die de patiënt al gebruikt om het aantal bijwerkingen te minimaliseren.
- Melding vulstatus – hiermee kan de voorschrijver een elektronisch bericht van de apotheek ontvangen vertellen of het recept van de patiënt is opgehaald, niet is opgehaald of gedeeltelijk is gevuld.

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen, gaat u ermee akkoord dat Valley Medical Group* uw medicatiegeschiedenis bij andere zorgverleners en/of derde betalende van apotheekuitkeringen kan opvragen en gebruiken voor behandelingsdoeleinden.

Omdat ik al het bovenstaande begrijp, geef ik hierbij geïnformeerde toestemming aan Valley Medical Group om mij in te schrijven voor het e-Prescribe-programma. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen en al mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Getuige van handtekening(en)_____
Handtekening van de patiënt of gemachtigde vertegenwoordiger_____
Relatie tot de patiënt