



## Patiëntregistratieformulier

Pagina 1

Registratie datum \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Midden-naam \_\_\_\_\_ Achtervoegsel \_\_\_\_\_

Geslacht: M ☐ F ☐ Vorige achternaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum (M/D/J) \_\_\_\_\_ Sociale zekerheid # \_\_\_\_\_

Thuisadres \_\_\_\_\_

Thuisadres Cont. \_\_\_\_\_

Ritsschilling \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefoon # \_\_\_\_\_ Werk# \_\_\_\_\_

Cel # \_\_\_\_\_

Geen e-mail: ☐ E-mail \_\_\_\_\_

Contactvoorkeurstaal:

Race: ☐ Oorzaak ☐ Afro-Amerikaans ☐ Ander

Etniciteit: ☐ Spaans ☐ Niet-Spaans ☐ ☐

Burgerlijke staat ☐ Enkel ☐ Getrouwd ☐ Gescheiden ☐ Gescheiden

Thuisgebonden: Nee ☐ Ja ☐

hoe heb je over ons gehoord? \_\_\_\_\_

Achternaam voogd \_\_\_\_\_ Voornaam voogd \_\_\_\_\_

Middelste naam van de bewaker \_\_\_\_\_ Achtervoegsel \_\_\_\_\_

Contact in geval van nood \_\_\_\_\_

Contactrelatie voor noodgevallen \_\_\_\_\_

Contacttelefoon voor noodgevallen \_\_\_\_\_ Mobiele telefoon \_\_\_\_\_

Naam naaste verwant \_\_\_\_\_ Nabestaandenrelatie \_\_\_\_\_

Telefoon van naaste verwanten \_\_\_\_\_ ☐ ☐

Ik geef toestemming om medische informatie te delen met: ☐ Niemand ☐ Voogd

☐ Nabestaanden ☐ Contactpersoon voor noodgevallen ☐ Borg

Ander \_\_\_\_\_ ☐ ☐

Ik geef toestemming om financiële informatie te delen met: ☐ Niemand ☐ Voogd

☐ Nabestaanden ☐ Contactpersoon voor noodgevallen ☐ Borg

Ander \_\_\_\_\_ ☐ ☐

Toestemming voor het achterlaten van een bericht op antwoordapparaat/voicemail: ☐ Ja ☐ Nee

Informatie over de garant (naam naar wie de verklaringen worden verzonden)

Dezelfde

Relatie van de patiënt met de garant \_\_\_\_\_

☐ ☐

☐

☐

☐

☐

☐

Achternaam borgsteller \_\_\_\_\_

Voornaam van de garant \_\_\_\_\_

Middelste naam van de garant \_\_\_\_\_ Achtervoegsel \_\_\_\_\_

Garantiegever Geboortedatum (M/D/J) \_\_\_\_\_

Postadres garantsteller hetzelfde als adres patiënt?      Ja      Nee

Adres van de garant \_\_\_\_\_

Garant Zip      Stad      Staat      \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

**Postadres van de patiënt**      Dezelfde

Postadres \_\_\_\_\_

Post-zip      Stad      Staat      \_\_\_\_\_

Alternatieve telefoons      Geen      Thuis # \_\_\_\_\_

Werk # \_\_\_\_\_ Cel # \_\_\_\_\_

Naam van de echtgenoot \_\_\_\_\_

Geboortedatum van de echtgenoot      Sociale zekerheid #      \_\_\_\_\_

## Ouders

Gegevens van moeder      Standaard patiëntinformatie

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritssluiting      Stad      Staat      \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Gegevens van vader      Standaard patiëntinformatie

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritssluiting      Stad      Staat      \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

**Werkgelegenheid**(bijvoorbeeld voltijds, deeltijds, zelfstandig, gepensioneerd, enz.)

Werkgever \_\_\_\_\_ Bezigheid \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritssluiting      Stad      Staat      \_\_\_\_\_

Telefoon werkgever \_\_\_\_\_

## Verzekering

☐ Ik heb geen verzekering en ben verantwoordelijk voor de betaling



Patiëntregistratieformulier

Pagina 2

Primaire verzekering

Verzekeringsbedrijf

Type

Adres

Ritsskuling Stad Staat

Telefoon Fax

Beleidsinformatie

Beleid # Ingangsdatum

Groep # Uiterste houdbaarheidsdatum

Informatie verzekeringnemer Hetzelfde als patiënteninformatie

Achternaam

Voornaam Midden-naam

Adres

Ritsskuling Stad Staat

Relatie tot de patiënt: Zelf Echtgenoot Ander

Geboortedatum Sociale zekerheid #

Telefoon verzekeringnemer

Werkgever Telefoon werkgever

Adres werkgever

Ritsskuling Stad Staat

Secundaire verzekering Geen

Verzekeringsbedrijf

Type

Adres

Ritsskuling Stad Staat

Telefoon Fax

Beleidsinformatie

Beleid # Ingangsdatum

Groep # Uiterste houdbaarheidsdatum

Informatie verzekeringnemer Hetzelfde als patiënteninformatie Hetzelfde als primair

ins. houder Achternaam

Voornaam Midden-naam

Adres

Ritsskuling Stad Staat

Relatie tot de patiënt: Zelf Echtgenoot Ander

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Sociale zekerheid # \_\_\_\_\_

Telefoon verzekeringnemer \_\_\_\_\_

Werkgever \_\_\_\_\_ Telefoon werkgever \_\_\_\_\_

Adres werkgever \_\_\_\_\_

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

**Primaire zorgverlener Naam**

Adres

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Kantoor telefoon \_\_\_\_\_ Kantoorfax \_\_\_\_\_

**Verwijzende zorgverlener**

Hetzelfde als de primaire gezondheidszorgaanbieder

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Kantoor telefoon \_\_\_\_\_ Kantoorfax \_\_\_\_\_

**Behandelend zorgspecialist**bijv. cardioloog, gastro-enteroloog, oncoloog Naam

Adres

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Kantoor telefoon \_\_\_\_\_ Kantoorfax \_\_\_\_\_

**Primaire apotheek**

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Secundaire apotheek**

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Andere apotheek**

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Ritsskutting \_\_\_\_\_ Stad \_\_\_\_\_ Staat \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_



Patiëntregistratieformulier

Pagina 3

**Belangrijkste klacht:** Wat is de belangrijkste reden voor uw bezoek vandaag?

**Geschiedenis van de huidige ziekte**

Locatie van het probleem: ☐ Buikspier ☐ Rug ☐ Lies ☐ Blaas

Ander

Op een schaal van 1 tot 10, waarbij 10 de meest ernstige is,

Welk getal beschrijft het probleem het beste?

Wanneer heeft u het probleem voor het eerst opgemerkt?

☐ Maakt iets het probleem erger? ☐ Rond bewegen ☐ Opstaan

☐ Urineren Anders

☐ Helpt iets het probleem beter te maken? ☐ Verander de houding ☐ Niet bewegend

Ander

Zijn er behandelingen die uw arts u zou geven die door uw arts verboden zijn?

religieuze overtuigingen? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja, licht dit toe.

Zijn de symptomen in de loop van de tijd veranderd? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja, licht dit toe.

☐ Hoe lang duurt het probleem?  Minuten  Uur ☐ Constante

Ander

☐ Gebeurt er iets tegelijkertijd? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja, licht dit toe.

Is het probleem constant? ☐ Nee ☐ Ja Zo niet, beschrijf dit dan a.u.b.

Heeft het probleem invloed op uw normale functioneren? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja, alstublieft

uitleggen

**Medische geschiedenis, sociale geschiedenis, familiegeschiedenis**

allergieën: ☐ Geen medicijnallergieën ☐ Latex

**Chirurgische geschiedenis:** Soort / Datum

☐ Geen

Heeft u een bloedtransfusie gehad? ☐

☐ Nee ☐ Ja Kunsthartklep?

☐ Nee ☐ Ja

Kunstgewricht? ☐ Nee ☐ Ja Antibiotica profylaxe nodig?

☐ Nee ☐ Ja

Hartstent? ☐ Nee ☐ Ja Datum

**Medische geschiedenis:** Vermeld eventuele vroegere of huidige ziekten en de startdatum:

☐ Geen

**Familiegeschiedenis:**Conditie, relatie (vermeld eventuele ernstige aandoeningen in uw directe omgeving

familie: bijvoorbeeld diabetes, hartziekten, nierziekten, nierstenen, prostaat

kanker, enz.):                      Geen

**Medicijnen/kruiden/supplementen:**naam, dosering, instructies —

(bijv. Flomax 0,4 mg eenmaal daags)                      Geen



Patiëntregistratieformulier

Pagina 4

Medicijnen/kruiden/supplementen (vervolg):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Volgt u een speciaal dieet? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja, licht dit toe.

Datum laatste lichamelijk onderzoek \_\_\_\_\_

Hoe lang ben je? \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in. Hoeveel weeg je? \_\_\_\_\_ pond.

Roken Geschiedenis ☐ Nooit gerookt ☐ Voormalig roker ☐ Huidige roker ☐

Huidige Some Day-roker ☐ Begon met roken \_\_\_\_\_

Gestopt met roken \_\_\_\_\_ Bedrag: ☐ Dag ☐ Week ☐

Chew Dip-tabak \_\_\_\_\_ Bedrag: ☐ Dag ☐ Week ☐

Drink je alcohol? ☐ Ja ☐ Niet meer ☐ Nooit

Drankjes per ☐ Dag ☐ Week ☐ Maand ☐ Jaar \_\_\_\_\_

Type: ☐ Bier ☐ Likeur ☐ Wijn ☐

☐ Aanwezig Of ☐ Eerdere drinkgewoonten: ☐ Sociaal ☐ Licht

☐ Gematigd ☐ Excessief

☐ Stoppen (jaar) \_\_\_\_\_ Hoelang gedronken? \_\_\_\_\_ jaren

Hoeveel cafeïne consumeer je dagelijks? Kopjes koffie \_\_\_\_\_ Kopjes thee \_\_\_\_\_

# Frisdranken \_\_\_\_\_ # Krachtige drankjes \_\_\_\_\_ Ander \_\_\_\_\_

Type en hoeveelheid. chocolade \_\_\_\_\_

Overzicht van symptomen:

Heeft u in de afgelopen zes maanden problemen gehad met een van de volgende zaken? Zo ja, alstublieft

uitleggen. ☐ Geen

Elke: Koorts, koude rillingen of gewichtsverlies? ☐ Nee ☐ Ja

Elke: Wazig zien, dubbel zien of staar? ☐ Nee ☐ Ja

Welke: gehoorverlies, verstopte neus of keelpijn? Nee ☐ Ja ☐

Welke dan ook: pijn op de borst, gezwollen enkels of onregelmatige hartslag? ☐ Nee ☐ Ja

Enige: kortademigheid, piepende ademhaling of chronische hoest? ☐ Nee ☐ Ja

Heeft u last van: maagpijn, misselijkheid/braken of darmveranderingen? ☐ Nee ☐ Ja

Welke: rugpijn, nekpijn of pijnlijke spieren? ☐ Nee ☐ Ja

Welke: huiduitslag, jeuk of geschiedenis van huidkanker? ☐ Nee ☐ Ja

Welke: gezwollen klieren, bloedingen of transfusies? ☐ Nee ☐ Ja

Alle patiënten:

Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt om dit kantoor op de hoogte te stellen van pre-opname en/of tweede opname

adviesvereisten van hun verzekeringsmaatschappij op het moment dat het ziekenhuis wordt gepland

opnames of een operatie. Ik geef hierbij toestemming voor het vrijgeven van alle medische informatie

die relevant zijn voor mijn zorg, aan mijn verwijzende arts/huisarts en verzekering

bedrijven en aanvaarden de verantwoordelijkheid voor de betaling van alle medische/chirurgische kosten. ik ook

de betaling van verzekeringsuitkeringen aan Associated Urologists of North Carolina autoriseren,

PA, behalve wanneer het bedrag volledig door mij is betaald.

Ondertekend \_\_\_\_\_

Print naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Medicare-patiënten:

Ik verzoek dat de betaling onder het Medicare Insurance Program rechtstreeks aan

Associated Urologists uit North Carolina, PA, op alle facturen voor diensten geleverd door hun

artsen tijdens mijn leven. Ik begrijp dat ik voor een deel verantwoordelijk kan worden gehouden

van deze rekeningen nadat Medicare de aanbieder heeft betaald, of voor eventuele kosten die daarvoor in rekening worden gebracht

Medicare dekt niet. \_\_\_\_\_

Ondertekend \_\_\_\_\_

Print naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Formulier indienen