



Patiëntregistratieformulier

PATIËNT INFORMATIE: MRN:

ORG MRN:

Wettelijke naam van de patiënt (achterste, eerste, middelste) _____ Bijnaam: _____
 Soc. Beveiligingsnummer: _____ Geboortedatum: _____ Seks: -M-F
 Burgerlijke staat: --Enkel---- --Gescheiden----Weduwe --Gescheiden
 Getrouwd huisarts _____ Thuis Ph: _____ Cel: _____ E-mail: _____
 Straatadres van de patiënt: _____ Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____
 Postbus: _____ Code: _____
 Werkgever: _____ Emp. Adres (straat, postbus) _____
 Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____ Telefoonnummer werkgever _____ Verlenging _____
 Reden van bezoek _____ Wie heeft u naar ons verwezen? _____

Hebben wij uw toestemming om een gesproken bericht (afspraakherinneringen) achter te laten op het contactnummer? --Ja----Nee
 Hebben wij uw toestemming om een gesproken bericht achter te laten voor normale testresultaten op het contactnummer? --Ja--Nee

PRIMAIRE VERZEKERINGSHOUDER / VERANTWOORDELIJK VOOR REKENING -Controleer hier of hetzelfde is als hierboven

Naam (Laatste, Eerste, Midden) _____ Thuis Ph: _____ Cel: _____ E-mail: _____
 Adres (verplicht): _____ Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____
 Postbus: _____ Postbus postcode: _____ Geboortedatum: _____ Seks: -M --F
 Relatie tot de patiënt: --Ouder-- --Echtgenoot --Zelf--Ander _____
 Kindwerkgever: _____ Emp. Adres (straat, postbus) _____
 Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____ Telefoonnummer werkgever: _____ Verlenging: _____
 Hoe betaal jij vandaag? --Contant geld--Rekening----Kredietkaart--Verzekering --Workmans Comp. --Bedrijfsaccount

NOODCONTACT

Naam (Laatste, Eerste, Midden) _____ Thuis Ph: _____ Cel: _____ E-mail: _____
 Adres (vereist): _____ Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____
 Postbus (indien van toepassing) _____ Telefoonnummer werkgever: _____ Verlenging: _____
 Relatie tot de patiënt: --Ouder--Kind --Echtgenoot----Ander _____

VERZEKERINGSINFORMATIE

Naam van de primaire verzekering:

Lid/polishouder (indien verschillend van patiënt): (Laatste, Eerste, MI)

ID-nummer van lid/polishouder: _____ Geboortedatum _____
 Telefoonnummer van Insurance Co. _____ Groepsnr. _____
 Adres verzekeringsmaatschappij (straatadres/postbus) _____

Stad: _____ Postcode: _____

Naam van de primaire verzekering:

Lid/polishouder (indien verschillend van patiënt): (Laatste, Eerste, MI)

ID-nummer van lid/polishouder: _____ Geboortedatum _____
 Telefoonnummer van Insurance Co. _____ Groepsnr. _____
 Adres verzekeringsmaatschappij (straatadres/postbus) _____

Stad: _____ Staat: _____ Ritssluiting: _____

TOESTEMMING, TOEWIJZING VAN UITKERINGEN EN VERWIJZING MEDISCHE VRIJGAVE

Hierbij geef ik toestemming voor het vrijgeven van medische informatie, inclusief volledige medische dossiers, testresultaten en factuurgegevens, aan mijn verzekeringsmaatschappij en aan andere medische professionals en medische zorginstellingen waarnaar ik mogelijk wordt doorverwezen voor behandeling. Ik begrijp dat deze informatie zal worden gebruikt om een claim te beoordelen, onderzoeken of uit te betalen, en om gegevens te beoordelen op initiatieven voor kwaliteitsverbetering, naleving van audits, gebruiksbeheer en oplossing van naleving van de voorschriften. Ik geef toestemming voor betaling rechtstreeks aan deze artspraktijk voor alle medische of chirurgische vergoedingen die anders aan mij verschuldigd zijn op grond van de voorwaarden van mijn verzekering. Ik begrijp dat ik financieel verantwoordelijk ben voor alle eigen bijdragen, medeverzekeringen, eigen risico's en niet-gedekte diensten. Een fotokopie van deze toestemming wordt als even effectief en geldig beschouwd als het origineel.

Ondertekend: _____ Datum: (Maand/Datum/Jaar) _____ / _____ / _____

Alleen voor kantoorgebruik: (algemene opmerkingen) _____