

Let op: Om ervoor te zorgen dat we de meest actuele en nauwkeurige informatie over onze patiënten kunnen behouden, vragen we u, naast het gezichtsblad dat u bij elk bezoek wordt gepresenteerd, dit formulier minstens één keer per jaar te bekijken en bij te werken.

DATUM: _____

PATIËNT INFORMATIE

Patiëntnaam: Eerste _____ MI _____ Laatste _____ SS# _____

Geboortedatum: _____ Seks: ☐ M ☐ V Burgerlijke staat: ☐ Alleenstaand ☐ Getrouwd ☐ Gescheiden ☐ Weduwe ☐ Gescheiden ☐ Levenspartner

Naam van ouder/wettelijke voogd als de patiënt minderjarig is Naam _____ GEB. _____

Race: ☐ Blank ☐ Zwart/Afro-Amerikaans ☐ Aziatisch ☐ Indiaan/Alaska-inheems ☐ Inheems Hawaïiaans/Pacific Islander ☐ Afgewezen

Etniciteit: ☐ Niet Spaans/Latino ☐ Spaans/Latino ☐ Geweigerd

Voorkeurstaal: Engels _____ Spaans _____ Vietnamese _____ Anders _____

Heeft u communicatieproblemen/speciale behoeften? Gehoorverlies Tolk vereist Moeilijkheden bij het lezen Slechthziend Ander? Ja Nee

Zo ja, vermeld dan: _____

Adres: _____ Apt # _____ Plaats _____ St _____ Postcode _____

Telefoon: Thuis _____ Mobiel _____ Werk _____

E-mailadres _____

Beste contactmethode: ☐ Thuis ☐ Mobiel ☐ Werk ☐ E-mail ☐ Mail Door een van de vakjes voor Beste contactmethode aan te vinken, ga ik akkoord met het ontvangen van correspondentie van THPG

Arbeidsstatus: ☐ Voltijds ☐ Deeltijds ☐ Werkloos ☐ Student ☐ Gehandicapt ☐ Gepensioneerd Werkgever/School: _____

FINANCIËEL VERANTWOORDELIJKE PARTIJ

-

Hetzelfde als Patiëntinformatie (Indien verschillend, vul dan het onderstaande gedeelte in)

Naam: Eerste _____ MI _____ Laatste _____

Relatie: Echtgenoot Ouder Voogd Anders (specificeer): _____

Adres: _____ Apt # _____ Plaats _____ St _____ Postcode _____

Telefoon: Thuis _____ Mobiel _____ Werk _____

E-mailadres _____

Werkgever: _____

NOODMELDING

Naam: _____ Relatie met patiënt: _____

Telefoon: Thuis _____ Mobiel _____ Werk _____

Naam: _____ Relatie met patiënt: _____

Telefoon: Thuis _____ Mobiel _____ Werk _____

VERWIJZINGSBRON

☐ Vriend/familied ☐ Verzekeringsmaatschappij ☐ Walk-in ☐ THR-verwijzingslijn ☐ Telefoonboek ☐ Direct mail ☐ TV ☐ Radio ☐ Coach _____

☐ Trainer _____ ☐ Krant _____ ☐ Tijdschrift _____ ☐ Zoeken op internet ☐ Oefenwebsite ☐ Evenement

☐ THR/THPG-website ☐ Een andere arts/aanbieder _____ ☐ CVS _____ ☐ Anders _____

☐ Andere advertentie _____ ☐ Ziekenhuis / spoedeisende hulp _____

OPTIONELE TOESTEMMING VOOR VRIJGAVE VAN MEDISCHE INFORMATIE AAN ANDEREN**- Geef geen informatie vrij**

Ik geef Texas Health Physician's Group en haar vertegenwoordigers toestemming om de onderstaande aanvullende contactgegevens te gebruiken om informatie te bespreken of openbaar te maken met betrekking tot zaken die verband houden met mijn afspraken, factuurgegevens en/of medische zorg. Deze autorisatie blijft van kracht totdat ik de wijzigingen of updates schriftelijk aan de Texas Health Physician's Group geef. Ik geef Texas Health Physician's Group toestemming om de onderstaande aanvullende contactgegevens te gebruiken om informatie te bespreken of openbaar te maken met betrekking tot zaken met betrekking tot mijn afspraken, verzekering, factuurgegevens, testresultaten en/of medische zorg.

Naam _____ Relatie _____ Telefoon _____ U kunt de volgende informatie vrijgeven aan de hierboven genoemde persoon: ☐ Afspraken ☐ Factureringsgegevens ☐ Medische zorg ☐ Bericht achterlaten

Naam _____ Relatie _____ Telefoon _____ U kunt de volgende informatie vrijgeven aan de hierboven genoemde persoon: ☐ Afspraken ☐ Factureringsgegevens ☐ Medische zorg ☐ Bericht achterlaten

Als u uw gezondheidsinformatie per e-mail wilt ontvangen, wordt de informatie via gecodeerde e-mail verzonden, tenzij u hieronder uitdrukkelijk anders aangeeft. Het verzenden van gezondheidsinformatie via niet-gecodeerde e-mail kan een risico met zich meebrengen dat de gezondheidsinformatie in de niet-gecodeerde e-mail door een derde partij via internet kan worden gelezen. Initialen _____

Geef een kopie van alle verzekeringskaarten en een rijbewijs/identiteitsbewijs met foto mee

Bij elk bezoek wordt u gevraagd uw verzekeringskaart(en) te tonen, zodat wij kunnen bevestigen dat alle gegevens in onze bestanden actueel blijven.

VERZEKERINGSINFORMATIE

Medicare-ID # _____

Heeft u een primaire verzekering voor Medicare? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, vermeld dan: _____

Medicare-supplement _____ ID KAART# _____

Medicare Voordeelplan _____ ID KAART# _____

Medicaid-ID # _____

**Of
Commerciële verzekering**

Primaire verzekering _____ ID _____ GP: _____

Naam verzekeringnemer: _____ Relatie (Omcirkel één) Zelfechtgenoot Ouder Anders _____

SS# _____ Geboortedatum verzekeringnemer _____ Werkgever _____

Secundaire verzekering _____ ID: _____ GP _____

Naam verzekeringnemer: _____ Relatie (Omcirkel één) Zelfechtgenoot Ouder Anders _____

SS# _____ Geboortedatum verzekeringnemer _____ Werkgever _____

MEDICATIE NAVUL

Voor het bijvullen van medicijnen kunt u contact opnemen met uw apotheek. Uw apotheek zal ons een aanvraag voor het bijvullen van medicijnen faxen, die de arts zal beoordelen. Voor het bijvullen van autorisaties kan het 48-72 uur duren. Geef ons voldoende tijd om uw bijvulverzoek te verwerken.

Initialen _____

Naam apotheek _____ Adres of kruisstraat _____

PRIVACYPRAKTIJKEN

Ons kantoor, onze artsen en ons personeel doen er alles aan om de privacy van uw gezondheid te waarborgen

Wij stellen u een kopie van onze Privacyverklaring ter beschikking

informatie. Handtekening _____

Praktijken. Datum _____

FINANCIËLE EN BETALINGSRICHTLIJNEN

Opmerking: ons kantoor dient GEEN autoverzekeringsclaims in voor bezoeken die verband houden met motorvoertuigongevallen.

Betaling dient te geschieden op het moment van de dienstverlening. Dit omvat alle eigen bijdragen, eigen risico en medeverzekering. Als uw verzekeringsmaatschappij een verwijzing vereist, is het de verantwoordelijkheid van de patiënt (of de garant) om de verwijzing voorafgaand aan uw afspraak te verkrijgen.

Ik begrijp dat als ik mijn afspraak niet binnen vierentwintig uur na de geplande afspraak annuleer, de kliniek annuleringskosten in rekening kan brengen. Ik geef toestemming voor directe betaling van mijn verzekeringsuitkeringen aan Texas Health Physician's Group voor diensten verleend aan mijzelf of aan mijn gezinsleden.

Voor verleende diensten zal een verzekering worden aangevraagd. Eventuele kosten voor diensten die niet door de verzekering worden gedekt, zijn de verantwoordelijkheid van de patiënt of zijn/haar voogd. Ik begrijp dat het mijn verantwoordelijkheid is om te weten wat mijn verzekeringsuitkeringen zijn en of de geleverde diensten al dan niet gedekte voordelen zijn.

Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt of voogd om ons kantoor op de hoogte te stellen van eventuele wijzigingen in demografische gegevens of verzekerings- en factuurgegevens.

Diensten buiten het netwerk die niet door de zorgverzekeraar worden betaald, vallen onder de verantwoordelijkheid van de patiënt of zijn/haar voogd.

Texas Health Physician's Group of haar bevoegde agent zal medische informatie aan de verzekeringsmaatschappij verstrekken zoals vereist voor de betaling van claims voor verleende diensten.

TOESTEMMING VOOR ONDERZOEKEN VAN HET KREDIETBUREAU

Ik geef hierbij toestemming voor vragen van het kredietbureau en voor het ontvangen van automatisch gekozen/kunstmatige of vooraf opgenomen berichtoproepen en/of sms-berichten naar mijn mobiele telefoon en naar elk telefoonnummer dat tijdens mijn registratieproces is opgegeven. Ik begrijp dat deze incassopogingen kunnen worden uitgevoerd door Texas Health Resources of zijn dochterondernemingen/agenten, inclusief maar niet beperkt tot accountbeheerbedrijven, onafhankelijke contractanten of incassobureaus.

J _____ N _____

Laboratorium-/röntgen-/diagnostische diensten:

Ik begrijp dat ik mogelijk een aparte rekening ontvang als mijn medische zorg laboratorium-, röntgen- of andere diagnostische diensten omvat. Ik begrijp verder dat ik financieel verantwoordelijk ben voor eventuele eigen bijdragen, eigen risico's en medeverzekeringen die verschuldigd zijn voor deze diensten als deze niet worden vergoed door mijn verzekering.

TOESTEMMING VOOR BEHANDELING, VRIJGAVE VAN INFORMATIE, TOESTEMMING EN TOEWIJZING VAN UITKERINGEN

Ik geef toestemming voor de behandeling die noodzakelijk is voor de zorg die door de aanbieder is besproken en aangestuurd.

Ik geef toestemming voor het vrijgeven van alle medische dossiers aan specialisten en/of raadplegende artsen, indien van toepassing op mijn zorg en aandoening.

Ik machtig elke houder van medische of andere informatie over mij om alle informatie die nodig is om deze of enige andere gerelateerde claim te verwerken, vrij te geven aan de Sociale Zekerheidsadministratie, de Gezondheidszorgfinancieringsadministratie, haar tussenpersonen, haar vervoerders of enige andere verzekeringsmaatschappij. Ik geef toestemming om een kopie van deze machtiging te gebruiken in plaats van het origineel en verzoek om betaling van ziektekostenverzekeringsuitkeringen aan mij of aan de partij die de opdracht aanvaardt. Ik begrijp dat het verplicht is om de zorgverlener op de hoogte te stellen van elke partij die mogelijk verantwoordelijk is voor het betalen van mijn behandeling.

Ik autoriseer en verzoek verder dat verzekeringsbetalingen worden gericht aan de Texas Health Physician's Group

Toestemming om een minderjarige te behandelen

Niet van toepassing (patiënt is een volwassene)

(Leeftijd 0-18e Verjaardag)

Als er omstandigheden zijn waarin ik mijn kind niet naar het kantoor kan brengen voor zijn/haar evaluatie en behandeling, geef ik mijn toestemming en toestemming aan de volgende personen (ouder dan 18 jaar) om medische zorg voor mijn kind te verkrijgen. Ik machtig de aanbieders van Texas Health Physician's Group ook om informatie te bespreken of openbaar te maken met betrekking tot zaken met betrekking tot de afspraak, verzekering, testresultaten of medische zorg van mijn kind aan de hieronder genoemde personen. Deze autorisatie blijft van kracht totdat ik de wijzigingen of updates schriftelijk aan de Texas Health Physician's Group geef. Ik geef Texas Health Physician's Group toestemming om de onderstaande aanvullende contactgegevens te gebruiken om informatie te bespreken of openbaar te maken met betrekking tot zaken met betrekking tot mijn afspraken, verzekering, factuurgegevens, testresultaten en/of medische zorg.

Naam _____ Relatie _____ Telefoon _____

Naam _____ Relatie _____ Telefoon _____

Naam _____ Relatie _____ Telefoon _____

Ik heb het bovenstaande gelezen, begrijp het volledig en ga ermee akkoord **richtlijnen voor het bijvullen van medicijnen, verklaring van financiële verantwoordelijkheid, betalingsrichtlijnen, toestemming voor behandeling** **Envrijgave van medische informatie en verzekeringsvergunning.** Ik verklaar tevens dat alle verstrekte informatie volledig en accuraat is.

Naam patiënt _____ Handtekening _____ Datum _____

Autorisatie voor uitwisseling van gezondheidsinformatie

_____ Neemt deel aan de uitwisseling van gezondheidsinformatie zoals beschreven in de Texas Health Resources (naam arts/kliniek/faciliteit)
Uitwisseling van gezondheidsinformatie Document met veelgestelde vragen van patiënten, dat op elk moment kan worden herzien.

Een Health Information Exchange (HIE) is een organisatie die toezicht houdt op en regelt de uitwisseling van gezondheidsgerelateerde informatie tussen organisaties volgens nationaal erkende normen. Een Health Information Exchange is een elektronisch gezondheidsinformatiesysteem waarin de gezondheidsinformatie van uw patiënt wordt opgeslagen van meerdere zorgverleners die deelnemen aan de HIE's. Hiermee kunnen uw andere zorgverleners uw eerdere gezondheidsinformatie bekijken voor voortgezette zorg en ander gebruik dat is opgenomen in de Kennisgeving over privacypraktijken van de zorgverlener. Uw gegevens worden opgeslagen in het HIE-systeem, maar zijn niet zichtbaar voor of kunnen worden gebruikt door providers, tenzij u zich aanmeldt voor deelname.

Ik begrijp dat mijn medische dossiers vertrouwelijk zijn en niet openbaar gemaakt kunnen worden zonder mijn schriftelijke toestemming, tenzij anders toegestaan of vereist door de wet. Ik begrijp dat mijn medische informatie informatie over overdraagbare ziekten kan omvatten, waaronder het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) en Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), dossiers met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg en de diagnose of behandeling van alcohol- en middelenmisbruik, en ik geef toestemming voor het vrijgeven van die informatie als een deel van mijn medisch dossier. Aanbieders zullen proberen duidelijk geïdentificeerde gezondheidsinformatie over geestelijke gezondheid en middelenmisbruik uit de HIE's te weren, maar sommige informatie kan wel worden opgenomen.

Ik geef bovengenoemde aanbieder toestemming om mijn hierboven beschreven medische gegevens openbaar te maken aan de HIE's waaraan THPG deelneemt. Informatie die op grond van deze autorisatie wordt gebruikt of openbaar gemaakt, kan onderworpen zijn aan heropenbaarmaking door andere aanbieders en dergelijke informatie is mogelijk niet langer beschermd.

Ik begrijp dat de behandeling of betaling niet afhankelijk kan zijn van mijn ondertekening van deze machtiging. Ik begrijp dat ik het kan herroepen deze toestemming te allen tijde schriftelijk, behalve voor zover er actie is ondernomen op basis van deze toestemming. Ik kan een intrekkingverzoek ter verwerking indienen bij bovengenoemde aanbieder. Deze machtiging blijft voor onbepaalde tijd van kracht, tenzij ik deze schriftelijk intrek.

De HIE kan geen beperkingen op de openbaarmaking van uw gezondheidsinformatie beheren. Een beperking is een verzoek van de patiënt om bepaalde gegevens niet aan bepaalde personen of bedrijven bekend te maken. Als de beperking door ons of andere deelnemende HIE-zorgverleners is of was overeengekomen, moet u ervoor kiezen om u af te melden voor de HIE om uw beperking te beschermen. Dit moet worden gedaan bij elke deelnemende HIE-aanbieder die u bezoekt.

Ziekenhuisbezoek alleen voor verloskundige patiënten: Deze toestemming geef ik ook aan ieder kind(eren) dat bij mij geboren wordt tijdens dit bezoek.

Ik geef toestemming voor het vrijgeven van mijn medische gegevens aan de gezondheidsinformatie-uitwisselingen waaraan THPG deelneemt:

_____ **Ja nee**

Erkenning:

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik de informatie in dit autorisatieformulier voor de uitwisseling van gezondheidsinformatie heb gelezen en volledig begrijp. Ik begrijp dat als ik de informatie die ik op dit formulier heb verstrekt, moet wijzigen, ik dit onmiddellijk aan een medewerker zal melden.

Handtekening van de patiënt of gemachtigde vertegenwoordiger

Getuige

Relatie met de patiënt of zichzelf

Titel

Datum

Datum

Een "wettelijk gemachtigde vertegenwoordiger" is; 1) een wettelijke voogd, 2) een agent die is gemachtigd in een medische volmacht of richtlijn aan artsen, 3) een advocaat die is aangesteld door een rechtbank, 4) een advocaat die wordt aangehouden door de patiënt of de wettelijk gemachtigde vertegenwoordiger van de patiënt, 5) een ouder of wettelijke voogd of een minderjarige, of 6) een persoon die bevoegd is krachtens de Texas Consent To Medical Treatment Act: de echtgeno(o)t(e) van de patiënt, een volwassen kind, een ouder van de volwassen patiënt, een persoon die vooraf duidelijk is geïdentificeerd dat hij niet in staat is om voor de patiënt op te treden, het dichtstbijzijnde levende familielid of een lid van de geestelijkheid. Schriftelijk bewijs van de status van wettelijk geautoriseerde vertegenwoordiger moet aan de kliniek worden voorgelegd voordat informatie wordt vrijgegeven.

