

**Leawood Familiezorg, PA**  
**NIEUW PATIËNTENREGISTRATIEFORMULIER**

**Patient naam:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sociale sec #: \_\_\_\_\_

Geslacht: \_\_Man \_\_Vrouw Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: \_\_Alleenstaand \_\_Getrouwd \_\_Gescheiden \_\_Weduwe

**Hoe heb je ons leren kennen?:** \_\_Vriend \_\_Verwant \_\_Gouden Gids

Arts: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ Telefoon werk: \_\_\_\_\_

Werkgever: \_\_\_\_\_ Beroep: \_\_\_\_\_

**Contactpersoon voor noodgevallen:** \_\_\_\_\_ Relatie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefoon thuis: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefoon werk: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Wie is financieel verantwoordelijk voor de betaling van deze diensten?**

\_\_Zelf \_\_Echtgenoot \_\_Ouder/voogd \_\_Werknemers Comp Anders: \_\_\_\_\_

**Verantwoordelijke partij of factuurinformatie:**

Volledige naam: \_\_\_\_\_ Relatie: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

Stad: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Telefoon werk: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_ Sociale Sec. #: \_\_\_\_\_

Werkgever: \_\_\_\_\_

**Verzekeringsinformatie:** Houd uw verzekeringskaart(en) bij de hand, zodat wij de gegevens in uw dossier kunnen scannen.

**Als uw hoofdverzekering een zorgverzekering is, vermeld dan de naam van uw huisarts.**

Dr.: \_\_\_\_\_ Telefoon: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Toewijzing van voordelen en toestemming om medische informatie vrij te geven**

Ik verzoek dat betaling van geautoriseerde uitkeringen Medicare, Medicaid en/of een van de genoemde verzekeringsmaatschappijen aan mij of namens mij aan de op dit formulier vermelde aanbieder wordt gedaan voor alle diensten die aan mij zijn verleend door die arts/leverancier. Ik machtig elke houder van medische informatie over mij om deze vrij te geven aan de afdeling Family Services, de Health Care Financing Administration, beursgenoteerde verzekeraars en/of agenten van deze bedrijven, en/of de genoemde verantwoordelijke perso(o)n(en), alle informatie die nodig is om deze voordelen of de voordelen voor andere gerelateerde diensten te bepalen.

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_