



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

PATIËNTENREGISTRATIEFORMULIER

Nieuwe patiënt

Update

Laatst bijgewerkt op 3-6-13

NAAM		Laatst	Eerst	Midden	THUISTELEFOON
THUIS ADRES		Straat	Stad	Staat	ZIP
Mannelijk - Vrouwelijk	Geboren(MM/DD/JJJJ)	Burgerlijke staat			MOBIELE TELEFOON
	-	Enkel M -- W -D			
Sociaal sec.nr	E-mailadres		Voorkeur communicatiemethode		
			-Thuis - Werk - -Mobiel - -Mail - -E-mail		
Race(rekening een) Spaans of Latino. Niet Spaans of Latino Weigeren Specificeer Onbekend	Etniciteit:(controleer er één) Wit Zwart of Afrikaans Amerikaans Amerikaans-Indisch of Inwoner van Alaska Aziatisch Chinese Filipijns Guamaanse of Chamorro Japans Koreaans Inheems Hawaïaans of Andere eilandbewoners in de Stille Oceaan Samoaans Vietnamees Weigeren om op te geven Een ander ras Onbekend		Moedertaal: (vink er één aan) Engels Arabisch Chinese Frans Frans Creools Duits Grieks Hindi (URDU) Italiaans Japans Koreaans Perzisch Pools Portugees Russisch Spaans Tagalong Thais (Laotiaans) Vietnamees Jiddisch Weigeren Specificeer Onbekend		
Werkgever/school	Werkgever/school	Straat	Stad	Staat	ZIP
	Adres				

Handtekening van de patiënt

00"<<

Datum



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

Financieel verantwoordelijke persoon (indien anders dan patiënt)

Naam	Telefoon	Relatie patiënt tot verantwoordelijke partij: Zelf Echtgenoot Kind Ander:.....
------	----------	--

PRIMAIRE VERZEKERING

Bedrijf Naam	Adres Straat Stad Staat ZIP		
Telefoon	Abonnee (Verzekerd)	Patiëntrelatie met verzekerde: Zelf Echtgenoot Kind Ander:.....	Verzekerde SS#(indien niet zelf)
Ingangsdatum (MM/DD/JJ)	Polisnummer	Groepnummer	

SECUNDAIRE VERZEKERING

MEDIGAP(Gelieve dit na te kijken)

Bedrijf Naam	Adres Straat Stad Staat ZIP		
Telefoon	Abonnee (Verzekerd)	Patiëntrelatie met verzekerde: Zelf Echtgenoot Kind Ander:.....	Verzekerde SS#(indien niet zelf)
Ingangsdatum00"<<-	Polisnummer	Groepnummer	
Eerstelijnsarts	Verwijzend arts (indien verschillend)		
Contact in geval van nood	Telefoonnummer voor noodgevallen	Relatie tot patiënt	

Handtekening van de patiënt

Datum (MM/DD/JJ)



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

TOESTEMMING VAN DE PATIËNT VOOR HET GEBRUIK EN OPENBAARMAKING VAN GEZONDHEIDSINFORMATIE

Washington Nephrology Associates, LLP ("WNA") verkrijgt en onderhoudt gezondheidsinformatie met betrekking tot mijn vroegere, huidige of toekomstige fysieke of mentale toestand, en de verstrekking van gezondheidszorg of betaling voor gezondheidszorg, ook wel "Beschermd gezondheidsinformatie" genoemd. Deze Beschermd Gezondheidsinformatie kan door WNA worden gebruikt of openbaar gemaakt voor doeleinden van behandeling, betaling of gezondheidszorg, inclusief maar niet beperkt tot:

- . Plannen van mijn zorg en behandeling
- . Bellen met afspraakherinneringen en laboratoriumuitslagen
- . Een claim indienen bij mijn verzekeraar of zorgverzekering
- . Het beoordelen van de kwaliteit van de zorg die mij wordt geboden

WNA'S Kennisgeving van privacypraktijken bevat een vollediger beschrijving van hoe mijn Beschermd Gezondheidsinformatie kan worden gebruikt of openbaar gemaakt en hoe ik toegang kan krijgen tot deze informatie. Ik begrijp dat WNA zich het recht voorbehoudt om haar Kennisgeving en praktijken te wijzigen en dat ik een kopie van haar huidige Kennisgeving kan opvragen.

Ik begrijp dat ik het recht heb om beperkingen te verzoeken met betrekking tot de manier waarop mijn Beschermd Gezondheidsinformatie door WNA mag worden gebruikt of openbaar gemaakt. WNA is niet verplicht in te stemmen met mijn verzoek, maar als WNA wel akkoord gaat, zijn de gevraagde beperkingen bindend voor WNA.

Ik begrijp verder dat ik deze toestemming op elk moment schriftelijk kan intrekken, behalve voor zover WNA al actie heeft ondernomen op basis van deze toestemming.

Door dit formulier hieronder te ondertekenen, ga ik akkoord met het gebruik en de openbaarmaking van mijn Beschermd Gezondheidsinformatie door WNA ten behoeve van behandeling, betaling en/of gezondheidszorgoperaties.

Handtekening van de patiënt of wettelijke vertegenwoordiger

Getuige

naam Print

Datum (MM/DD/JJ)

Indien de wettelijke
vertegenwoordiger van de patiënt de relatie met de patiënt vermeldt



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

PRIVACYVERKLARING

DEZE MEDEDELING BESCHRIJFT HOE MEDISCHE INFORMATIE OVER U KAN WORDEN GEBRUIKT EN OPENBAARD EN HOE U TOEGANG KUNT KRIJGEN TOT DEZE INFORMATIE. BEKIJK HET ZORGVULDIG.

DEZE MEDEDELING GEEFT U WETTELIJK VEREISTE INFORMATIE over de plichten en privacypraktijken van Washington Nephrology Associates, LLP ("WNA") om de privacy van uw individueel identificeerbare gezondheidsinformatie te beschermen, of Beschermde Gezondheidsinformatie zoals die term is gedefinieerd onder de Health Insurance Portability en Accountability Act van 1996 ("Informatie"), bij het voorzien in uw medische behandeling en behoeften.

Doeleinden waarvoor WNA uw medische gegevens met uw toestemming mag gebruiken of openbaar maken WNA kan uw toestemming vragen voor het gebruik en openbaarmaking van uw gegevens voor behandeling, betaling of gezondheidszorgoperaties zoals hieronder beschreven:

- **Behandelingsdoeleinden:** Uw gegevens kunnen bijvoorbeeld worden doorgegeven aan uw huisarts of aan een andere specialist die u voor behandeling naar WNA heeft verwezen.
-
- **Betaling:** Uw gegevens kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt en openbaar gemaakt om claims in te dienen bij uw verzekeraar en/of om betaling te verkrijgen voor verleende diensten.
-
- **Gezondheidszorgoperaties:** Uw gegevens kunnen bijvoorbeeld door WNA worden gebruikt en openbaar gemaakt om deel te nemen aan casemanagement, uw zorg te coördineren, uw afspraken te plannen en u te informeren over uw laboratoriumresultaten.
-
- **Gezondheidszorg:** Uw gegevens kunnen worden gebruikt en openbaar gemaakt om contact met u op te nemen en u informatie te geven over behandelingsalternatieven of andere gezondheidsvoordelen en diensten die voor u interessant kunnen zijn.

Gebruik en openbaarmaking met uw mondelinge toestemming

Uw gegevens kunnen worden bekendgemaakt aan een familielid, vriend of andere persoon die door u is aangewezen of zoals aangewezen door de wet, als u daar mondeling mee instemt. Met uw mondelinge toestemming kan ook directory-informatie worden gebruikt en openbaar gemaakt.

Gebruik en openbaarmaking met uw toestemming

Behalve zoals hieronder bepaald, mogen uw gegevens niet worden gebruikt voor niet-routinematige doeleinden, tenzij u WNA hiervoor schriftelijk toestemming geeft. WNA kan uw toestemming vragen om uw gegevens te gebruiken en openbaar te maken voor onderzoeksdoeleinden. Als u WNA schriftelijke toestemming geeft om uw gegevens te gebruiken of openbaar te maken voor een doel dat niet in deze verklaring wordt beschreven, kunt u deze, op bepaalde uitzonderingen na, op elk gewenst moment schriftelijk intrekken. Uw intrekking zal van kracht zijn voor de informatie die WNA bijhoudt, tenzij WNA actie heeft ondernomen op basis van uw toestemming.



Gebruik en openbaarmaking zonder uw toestemming of autorisatie

- **Zoals vereist door de wet:** WNA moet uw gegevens verstrekken aan het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services en aan u, op verzoek.
-
- **Aan zakenpartners:** Uw gegevens kunnen worden bekendgemaakt aan zakenpartners van WNA die de gegevens nodig hebben om een functie voor WNA uit te voeren (dwz accountant). Elke zakenpartner van WNA moet er schriftelijk mee instemmen de voortdurende vertrouwelijkheid en veiligheid van uw gegevens te waarborgen.

Bovendien kan uw informatie worden gebruikt en openbaar gemaakt zonder uw toestemming, de mogelijkheid om het eens of oneens te zijn of toestemming om andere redenen, waaronder, maar niet beperkt tot:

- - Om te voldoen aan gerechtelijke procedures, zoals een gerechtelijk of administratief bevel of dagvaarding;
- - Aan wetshandhavingsfunctionarissen voor beperkte wetshandhavingdoeleinden;
 -
 - Aan een lijkschouwer, keuringsarts of begrafenisondernemer over een overleden persoon;
 -
 - aan een orgaanverkrijgingsorganisatie in beperkte omstandigheden;
- - Om een ernstige bedreiging voor uw gezondheid of veiligheid of de gezondheid of veiligheid van anderen af te wenden;
- - Aan een overheidsinstantie die bevoegd is toezicht te houden op het gezondheidszorgsysteem of de overheidsprogramma's;
 -
 - Aan federale functionarissen voor wettige inlichtingen, contraspionage en andere nationale veiligheidsdoeleinden;
 -
 - Aan volksgezondheidsautoriteiten voor volksgezondheidsdoeleinden; En
- - Aan de bevoegde militaire autoriteiten, als u lid bent van de strijdkrachten.

Jou rechten

U kunt bij WNA een schriftelijk verzoek indienen om een of meer van de volgende zaken te doen uw informatie:

- - Om aanvullende beperkingen op te leggen aan het gebruik en de openbaarmaking van uw gegevens door WNA.
- - Om op een andere manier of op een andere locatie in vertrouwen met u te communiceren over uw gegevens dan WNA momenteel doet.
 -
 - Om kopieën van uw gegevens te zien en te krijgen.



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

Vervolg van de vorige pagina:

- Om uw gegevens te corrigeren
- Om een lijst te ontvangen met openbaarmakingen van uw gegevens die WNA en haar zakenpartners voor bepaalde doeleinden doen gedurende zes (6) jaar voorafgaand aan uw verzoek (na 14 april 2003), met bepaalde uitzonderingen toegestaan door de wet, waaronder uitzonderingen voor openbaarmakingen aan u gedaan of op grond van uw toestemming gemaakt.
- Om u een papieren exemplaar van deze kennisgeving te sturen als u deze kennisgeving per e-mail of op internet ontvangt.

Als u een van deze beschreven rechten wilt uitoefenen of meer informatie wilt over de privacypraktijken van WNA, kunt u contact opnemen met de Privacyfunctionaris van WNA op het onderstaande adres. Houd er rekening mee dat WNA in bepaalde gevallen niet met uw verzoek hoeft in te stemmen. WNA verstrekt u de benodigde gegevens en formulieren die u kunt invullen en retourneren. WNA brengt u een vergoeding van ,60 per pagina in rekening voor het kopiëren en voorbereidings- of ophaalkosten, plus porto- en administratiekosten.

Klachten

Als u van mening bent dat uw privacyrechten door WNA zijn geschonden, heeft u het recht om een klacht in te dienen bij WNA of bij de minister van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services. U kunt een schriftelijke klacht indienen bij WNA door contact op te nemen met de Privacyfunctionaris van WNA op het onderstaande adres. WNA zal geen represailles tegen u nemen als u ervoor kiest een klacht in te dienen bij WNA of bij het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services.

Neem contact op met Kantoor

Als u aanvullende kopieën van deze verklaring wilt aanvragen of meer informatie wilt ontvangen over de privacypraktijken van WNA of uw rechten, kunt u contact opnemen met Ernest Durst bij:

Contactbureau: Washington Nephrology Associates, LLP
4915 Auburn Avenue #200
Bethesda, MD 20814
Telefoon: 301-907-4646 / Fax: 301-907-7796

Erkenning

Ik bevestig de ontvangst van deze kennisgeving.

Handtekening van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt

naam Print

Datum (MM/DD/JJ)

Indien de wettelijke
vertegenwoordiger van de patiënt de relatie met de patiënt vermeldt



WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES

Founded in 1984

AFSTAND VAN PATIËNTENTOESTEMMING VOOR OPENBAARMAKING VAN INFORMATIE AAN WASHINGTON NEPHROLOGY ASSOCIATES ADMINISTRATIEF PERSONEEL WERKNEMER OM ELKE MEDISCHE AANDOENING(EN) TE BESPREKEN MET FAMILIELEDEN OF AANGEWZEN PERSOON (S)

Ik ben een patiënt van Washington Nephrology Associates, LLP (WNA) en machtig hierbij het ondersteunend personeel. Dat wil zeggen secretaresses, medische assistenten, verpleegsters, enz. om mijn medische toestand te bespreken met de volgende leden van mijn familie.

Partijen aan wie de informatie wordt bekendgemaakt:

Relatie tot de patiënt:

De patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt moet de volgende verklaringen lezen en ondertekenen:

- A. Ik begrijp dat de verstrekking van gezondheidszorg en de betaling van gezondheidszorg niet worden beïnvloed als dit formulier niet wordt ondertekend.
- B. Ik begrijp dat ik deze toestemming op elk moment kan intrekken door Washington Nephrology Associates hiervan schriftelijk op de hoogte te stellen, maar dit heeft geen invloed op de acties die door Washington Nephrology Associates voordat de intrekking werd ontvangen.

Handtekening van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt

naam Print

Datum (MM/DD/JJ)

Indien de wettelijke
vertegenwoordiger van de patiënt de relatie met de patiënt vermeldt

* * * * U KUNT WEIGEREN DEZE TOESTEMMING TE ONDERTEKENEN * * * *



MEDISCHE VRIJGAVEVERGUNNING EN VERZEKERINGSTOEWIJZING

Ik, _____ geef hierbij toestemming aan Washington Nephrology Associates om namens mij uitkeringen aan te vragen voor verleende gedekte diensten. Ik verzoek om betaling van mijn verzekeringsmaatschappij aan bovengenoemde dienstverlener. Ik begrijp en ga ermee akkoord dat ik, met betrekking tot mijn verzekeringsstatus, uiteindelijk verantwoordelijk ben voor het saldo op mijn rekening voor alle verleende professionele diensten.

Ik verzoek dat betaling van geautoriseerde Medicare-uitkeringen wordt gedaan aan Washington Nephrology Associates voor alle verleende diensten. Ik machtig elke houder van medische informatie over mij om alle informatie die nodig is om deze uitkeringen of de vergoedingen die voor aanverwante diensten verschuldigd zijn, vrij te geven aan de Health Care Financing Administration en haar agenten.

Ik verklaar dat de informatie die ik heb gerapporteerd met betrekking tot mijn verzekeringsdekking correct is en geef verder toestemming voor het vrijgeven van alle noodzakelijke informatie, inclusief medische informatie, aan mijn verzekeringsmaatschappij om de verzekeringsuitkeringen te bepalen waarop ik mogelijk recht heb. Ikzelf kan deze toestemming te allen tijde schriftelijk intrekken.

Ik geef Washington Nephrology toestemming om medische informatie over mijn zaak vrij te geven en/of te sturen naar andere raadplegende en/of verwijzende artsen.

FINANCIËLE VERANTWOORDELIJKHEIDSOVEREENKOMST

Ik, _____ begrijp dat mijn verzekering een contract is tussen mij en de verzekeringsmaatschappij, en niet tussen de verzekeringsmaatschappij en Washington Nephrology Associates, en dat ik nog steeds volledig verantwoordelijk ben voor alle kosten. Mochten tijdige betalingen van deze rekening niet plaatsvinden, machtig ik Washington Nephrology Associates om de diensten van een advocaat en/of incassobureau in te schakelen om te helpen bij het innen van uitsluitend het openstaande saldo. Alle kosten die door een dergelijke actie worden gemaakt, worden een extra aansprakelijkheid waarvoor ik de verantwoordelijkheid op mij neem.

Handtekening van de patiënt

Datum (MM/DD/JJ)

naam Print