



PATIËNTENREGISTRATIEFORMULIER

WIJ DEELNEMEN NIET AAN DE COMPENSATIE OF GEEN FOUT VAN DE WERKMAN

Datum _____

Heeft het bezoek van vandaag te maken met een auto-ongeluk? JA ____ NEE ____ Is dit een werkgerelateerd letsel? JA NEE ____

Reden voor het bezoek van vandaag(alsjeblieft printen) _____

PATIËNT INFORMATIE

(Alsjeblieft printen)

Naam van de patiënt _____ Man vrouw

Adres _____

Stad/plaats _____ Staat _____ Postcode _____

Geboortedatum _____ Burgerservicenummer _____

Telefoon thuis _____ Mobiele telefoon _____

E-mail _____

Naam werkgever _____ Telefoon werkgever _____

Werkgevers adres _____

Naam van de moeder (als de patiënt jonger is dan 21 jaar) _____

Naam vader (als de patiënt jonger is dan 21 jaar) _____

Naam van de primaire verzekering _____

Naam van de hoofdgarant _____

Adres van de hoofdgarant _____

Relatie met verzekerde: _____ Zelf _____ Echtgenoot _____ Kind _____ Ander _____

Race: _____ Wit _____ Zwart/Afro-Amerikaans _____ Inheemse Hawaïiaan/Andere eilandbewoner in de Stille
_____ Amerikaans-Indisch/Alaska-inheems _____ Aziatisch _____ Oceaan _____ Geweigerd/Onbekend _____ Anders _____

Etniciteit: _____ Spaans/Latino _____ Niet Spaans/Latino _____ Afwijzen/Onbekend

Voorkeurstaal _____

ALGEMENE MEDISCHE GESCHIEDENIS

NAAM VAN DE PATIËNT _____ Geboortedatum _____ MAN ____ VROUW ____

PRIMAIRE ZORG ARTS _____ TELEFOONNUMMER _____

APOTHEEK/ADRES _____ TELEFOONNUMMER _____

MEDICATIES DIE U MOMENTEEL GEBRUIKT:

DRUGS ALLERGIEËN: _____

VOEDSEL ALLERGIE: _____

Heb je een **LATEX ALLERGIE**? JA ____ NEE ____ Draagt u
 een bril ____ JA ____ NEE Contactpersonen ____ JA ____ NEE

Controleer of u ooit het volgende heeft gehad:

__ AIDS	__ Colitis	__ Kanker – type: _____
__ Astma	__ Atriumfibrilleren ____	type: _____
__ Sinusitis	Congestief hartfalen ____	__ Coronaire
__ Ziekte van Crohn	CVA/beroerte	hartziekte
__ Depressie	__ Glaucoom	__ Artritis
__ Bloedarmoede	__ Hypercholesterolemie ____	__ Hernia – type: _____
__ Hypertensie	Epileptische stoornis	Schildklierandoening
__ TIA/miniberoerte	__ Diverticulitis	__ Geestelijke ziekte: _____
__ Emfyseem	__ Spanning	

Identificeer andere medische problemen: _____

Vink aan of u ooit een van deze operaties heeft ondergaan:

__ Bijlage	__ Angioplastiek	__ PE / Oorbuizen	__ Galblaas __ keizersnede __ Hernia __
__ Amandelen	__ Splenectomie	__ Maagbypass	Mastectomie __ Pacemaker
__ ANDER:	_____	_____	_____

Heeft u recentelijk een ziekenhuisopname gehad? Zo ja, vermeld dan de bijbehorende data: _____

Vink aan of u een familiegeschiedenis heeft van het volgende: Vermeld de relatie

__ Onbekend ____ Geadopteerd ____ Verslaving ____ Kanker ____ Hartziekte ____ Diabetes
 ____ Hoge bloeddruk ____ Geestelijke ziekte ____ Beroerte
 __ Anders – Identificeer a.u.b. _____

Rook: ____ Nooit ____ Vroeger ____ Minder dan 10 sigaretten per dag ____ Meer dan 10 sigaretten per dag

Alcohol drinken: ____ Ontkent ____ af en toe ____ Zwaar

Drug gebruik: ____ Ontkent drugs ____ Voormalig drugsgebruiker ____ Huidige drugsgebruiker

Zo ja, vermeld dan: _____

HIPAA-bewustzijn van patiënten

Als gevolg van de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), opgelegd door het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services Office for Civil Rights, is het ons niet toegestaan om patiëntgegevens vrij te geven, tenzij anders vermeld in de Notice of Privacy Practice, of in overeenstemming met uw wensen zoals hieronder vermeld.

Deze afstandsverklaring geeft Stat Health Immediate Medical Care, PC toestemming om medische informatie te verzenden/geven zoals aangegeven:

Naam patiënt (Eerste) _____ **(Laatste)** _____ **(Alsjeblieft printen)**

Beantwoord alstublieft het volgende. Omcirkel Ja of Nee.

1. ***Ja of nee*** Laat een voicemail-opname achter, inclusief mijn persoonlijke gezondheidsinformatie, op mijn thuis/mobiele telefoon.

2. ***Ja of nee*** Praat met een persoon van mijn keuze (persoonlijke vertegenwoordiger) over mijn persoonlijke gezondheids- en factuurgegevens, en geef hem/haar toestemming namens mij recepten en/of testresultaten te ontvangen.

Naam van persoonlijke vertegenwoordiger _____

Relatie _____

Telefoonnummer _____

3. ***Ja of nee*** Praat met iemand in geval van een medisch noodgeval. _____ (Controleer of dit hetzelfde is zoals hierboven)

Naam van contactpersoon voor noodgevallen _____

Relatie _____

Telefoonnummer _____

4. ***Ja of nee*** Stuur een e-mail waarin ik wordt geïnformeerd dat ik contact moet opnemen met het kantoor om mijn laboratorium-/testresultaten te bespreken (dat zullen we doen). ***niet*** persoonlijke gezondheidsinformatie via internet verzenden).

E-mailadres _____

Op deze datum _____ heb ik Stat Health Immediate Medical Care, PC's Notice of Privacy Practices ontvangen/doorgenomen, waarin wordt beschreven hoe mijn medische gegevens kunnen worden gebruikt en openbaar gemaakt, en waarin wordt uitgelegd hoe ik toegang kan krijgen tot deze informatie.

De hierboven gemaakte autorisaties blijven van kracht totdat ik Stat Health Immediate Medical Care, PC schriftelijk, per aangetekende post, op de hoogte stel van de gevraagde wijzigingen.

_____ Handtekening
van de patiënt of wettelijke voogd

Naam van de patiënt

Naam van patiënt of wettelijke voogd afdrukken

De datum van vandaag

VERKLARING VAN VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE PATIËNT

Uw handtekening hieronder vormt een bindende overeenkomst tussen Stat Health Immediate Medical Care, PC (de aanbieder van medische diensten) en de patiënt die medische diensten ontvangt, of de verantwoordelijke partij voor minderjarige patiënten (patiënten jonger dan 18 jaar). De verantwoordelijke partij is de persoon die financieel verantwoordelijk is voor de betaling van medische rekeningen.

GELIEVE ALLES TE STARTEN

Alle kosten voor verleende diensten zijn verschuldigd op het moment van de dienstverlening.

_____ Ik ben verantwoordelijk en verwacht dat ik Stat Health Immediate Medical Care, PC betaal voor het volgende:

1. Eventuele eigen bijdrage zoals vastgesteld door mijn verzekeringsmaatschappij
2. Een eventueel niet voldaan eigen risico of beëindiging van de dekking
3. Elk bedrag dat volgens mijn verzekeringsmaatschappij mijn verantwoordelijkheid is
4. Elk bedrag dat door mijn verzekeringsmaatschappij als niet-gedekt wordt beschouwd

_____ **Co-betalingen:** Alle eigen bijdragen zijn verschuldigd op het moment van betekening. Als uw verzekering aanvullende eigen bijdragen vereist, bent u verantwoordelijk voor de betaling en wordt deze in rekening gebracht. Omdat wij een spoedeisende zorginstelling zijn, is het eigen bijdrage voor spoedeisende zorg van toepassing. Als er geen eigen bijdrage voor spoedeisende zorg op uw kaart staat, brengen wij het specialistisch eigen risico bij u in rekening. Als uw eigen bijdrage voor spoedeisende zorg afwijkt van de eigen bijdrage voor de specialist, wordt het verschil gefactureerd of terugbetaald.

_____ **Toestemming om uitkeringen aan de arts te betalen:** Alle verzekeringscheques die rechtstreeks naar de patiënt gaan, MOETEN worden ondertekend bij Stat Health Immediate Medical Care, PC voor betaling voor verleende diensten. Als u dit niet doet, zal de patiënt een rekening voor de diensten ontvangen. Ik autoriseer hierbij de betaling voor medische diensten die rechtstreeks aan een Stat Health Immediate Medical Care, PC-arts worden verleend. Als ik verzekeringsuitkeringen zou ontvangen, moet ik de cheque ondertekenen aan Stat Health Immediate Medical Care, PC

_____ **Beleid voor geretourneerde cheques:** Als een betaling per cheque op een rekening wordt gedaan en de cheque wordt geretourneerd als Niet-voldoende saldo (NSF), Accounts Closed (AC) of Refer to Maker (RTM), is de patiënt of de verantwoordelijke partij van de patiënt verantwoordelijk voor het oorspronkelijke chequebedrag plus € 25,00 servicekosten.

_____ **Duurzame medische apparatuur:** Aangezien wij een **NOODHULP** Wij hebben contracten voor spoedeisende zorg met de meeste grote zorgverzekeraars. Door ons aan onze contractrichtlijnen te houden, hebben wij **KAN NIET** verzekeringsmaatschappijen factureren voor DME (duurzame medische apparatuur), zoals krukken, stropen, beugels en immobilisatiesystemen voor ledematen. Wij voeren deze producten voor uw gemak, en ze zijn beschikbaar voor onze patiënten als eigen kosten. Door te paraferen erkent u dat u begrijpt dat eventuele DME-benodigdheden niet door u of Stat Health Immediate Medical Care, PC ter vergoeding aan uw verzekeringsmaatschappij kunnen en zullen worden voorgelegd.

_____ **Om betaling voor behandeling te verkrijgen:** We kunnen uw PHI (Beschermd Gezondheidsinformatie) gebruiken en openbaar maken om de betaling voor de aan u geleverde behandeling en diensten te factureren en te innen. Wij behouden ons het recht voor om uw gegevens bekend te maken aan onze zakenpartners, zoals factureringsbedrijven, claimverwerkingsbedrijven, incassobureaus en anderen die onze zorgclaims verwerken.

_____ **Compensatie van de werkmans/ geen schuld:** Stat Health Immediate Medical Care, PC is geen leverancier voor letsels zonder schuld of Workman's Compensation. Door te paraferen, erkent u dat u begrijpt dat letsels van deze klasse niet door u of Stat Health Immediate Medical Care, PC ter vergoeding kunnen en zullen worden ingediend bij uw verzekeringsmaatschappij.

_____ Als de volledige betaling niet binnen 60 dagen na facturering is ontvangen, behoudt Stat Health Immediate Medical Care, PC zich het recht voor om rente in rekening te brengen van 1,5% per maand (18% APR) of het hoogste wettelijk toegestane tarief.

_____ In het geval dat de gemaakte kosten niet volledig op de vervaldag worden betaald en er incasso-activiteiten worden gestart, hetzij door een incassobureau, hetzij door een advocaat (of beide), **Ik ga ermee akkoord verantwoordelijk te zijn voor en te betalen**, naast de gemaakte kosten, alle kosten die verband houden met dergelijke incasso-activiteiten, inclusief maar niet beperkt tot redelijke incassokosten, advocaatkosten, gerechtskosten en eventuele kosten aan incassobureaus van niet minder dan vijfendertig procent (35%) .

_____ Stat Health Immediate Medical Care, PC behoudt zich het recht voor om onbetaalde saldi ter incasso over te dragen aan externe entiteiten, zoals banken of andere financiële instellingen die onbetaalde saldi kunnen melden aan kredietbureaus.

_____ De dienstverlener heeft het recht om diensten te beëindigen op basis van niet-naleving van deze overeenkomst.

Ik begrijp ook dat ik verantwoordelijk ben voor eventuele kosten die ontstaan doordat ik niet de meest actuele, correcte verzekeringsinformatie verstrekt aan Stat Health Immediate Medical Care, PC

Patiëntnaam: _____ Datum: _____

Handtekening van de patiënt/voogd: _____