

## Patiënt informatie

Uw naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: \_\_\_\_\_  
 (Eerst) (MI) (Laatst)

Burgerlijke staat: Enkel Getrouwd Gescheiden Weduwe Gescheiden Andere sociale zekerheid #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adres stad: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

Vaste telefoon: \_\_\_\_\_ HWC Secundaire telefoon: \_\_\_\_\_ HWC

Mogen wij u een afspraakherinnering sms'en? Ja Nee E-mail: \_\_\_\_\_

Verwijzende arts: \_\_\_\_\_ Eerstelijnsarts: \_\_\_\_\_

## Optionele vragen

Voorkeurstaal: \_\_\_\_\_ Race: Amerikaans-Indiaan/inheems Alaskan Zwart/Afro-Amerikaans

Aziatisch Inheemse Hawaïaanse/Pacifische eilandbewoner Wit Ander Bent u Spaans/Latino?: \_\_\_\_\_

## Verantwoordelijke partij ☐ Zelf

Naam: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

Stad: \_\_\_\_\_ Staat: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_ H WC

**Contactpersoon voor noodgevallen** ☐ Ik geef Arizona Digestive Health toestemming om gezondheidsinformatie vrij te geven aan mijn contactpersoon voor noodgevallen

Naam: \_\_\_\_\_ Relatie: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

## Extra informatie

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

Hoe heb je over ons gehoord?: ☐ Vriend/Familie ☐ Onze website ☐ Eerstelijnsarts ☐ Resultaten van Google/zoekmachine

☐ Sociale media ☐ Radio ☐ Televisie ☐ Tijdschrift/andere publicatie ☐ Online recensie-/beoordelingssite

## Verzekeringsinformatie

**Primaire verzekeringsmaatschappij:** \_\_\_\_\_ Relatie met abonnee: \_\_\_\_\_

ID-nr.: \_\_\_\_\_ Groepsnr.: \_\_\_\_\_

Naam abonnee: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ SS# abonnee: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Secundaire verzekeringsmaatschappij:** \_\_\_\_\_ Relatie met abonnee: \_\_\_\_\_

ID-nr.: \_\_\_\_\_ Groepsnr.: \_\_\_\_\_

Naam abonnee: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ SS-nummer abonnee: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## Apotheek

Naam: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Stad: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

☐ Ik wijs alle medische/chirurgische voordelen toe aan Arizona Digestive Health, PC en begrijp dat ik voor iedereen financieel verantwoordelijk ben kosten, ongeacht of deze door de verzekering worden betaald. Ik geef toestemming voor betaling aan de aanbieder. In het geval dat de betaling aan de verzekeringnemer wordt gedaan, ga ik ermee akkoord de volledige betaling onmiddellijk aan dit kantoor over te maken. Indien de rekening niet volledig is betaald en er vooraf geen afspraken zijn gemaakt, kan(en) uw rekening(en) worden doorverwezen naar een incassobureau. Als uw account wordt doorverwezen naar een bureau, U bent verantwoordelijk voor alle advocaat- en/of incassokosten.

☐ Hierbij machtig ik de arts om alle informatie vrij te geven of te verkrijgen die nodig is om de betaling van de uitkeringen voor de behandeling veilig te stellen doeleinden, of naar mijn goeddunken naar een andere zorgverlener of bestemming. Ik kan deze toestemming op elk moment schriftelijk intrekken met uitzondering van verzekeringsinformatie voor factureringsdoeleinden. Ik ga ermee akkoord om via elektronische middelen te communiceren voor routinematige zaken. Ik ga er verder mee akkoord dat een fotokopie van deze overeenkomst even geldig is als het origineel. Ik verklaar dat de bovenstaande informatie naar mijn beste weten waar en correct is. Ik begrijp dat het HIPAA- en privacybeleid op verzoek online en op kantoor beschikbaar zijn.

☐ Ik heb de informatie op dit formulier gelezen en begrepen.