

Patiëntregistratieformulier

Naam van de patiënt (Laatste, Eerste, MI): _____

Thuis telefoonnummer van de patiënt: _____ Alternatief telefoonnummer (-cel of-werk): _____

E-mailadres: _____

Adres: _____ Apt. # _____

Stad: _____ Staat: _____ Postcode: _____

Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____ Geslacht: MF Burgerservicenummer: _____

Burgerlijke staat: ☐ Getrouwd ☐ Alleenstaand ☐ Gescheiden ☐ Weduwe

Werkgever van de patiënt: _____

Werkstatus: ☐ Full time ☐ Deeltijds ☐ Werkloos☐ Gepensioneerd☐ Student☐ Ander: _____

Contactpersoon voor noodgevallen: _____ Relatie met patiënt: _____

Adres: _____ Telefoonnummer: _____

VERZEKERINGSINFORMATIE

Primaire verzekering: _____

Secundaire verzekering: _____

Patiënt is abonnee/polishouder: YN

Patiënt is abonnee/polishouder: YN

VERZEKERDE INFORMATIE (INDIEN ANDERS DAN PATIËNT) - Wij zullen u vragen uw identiteitsbewijs en verzekeringskaart te scannen

Abonnee/polishouder: _____ Relatie met patiënt: _____

Adres: _____ Burgerservicenummer: _____

Geboortedatum: _____ Zijn of

haar werkgever: _____

Werk telefoon nummer: _____

VRIJGEVEN VAN INFORMATIE

Hierbij geef ik toestemming aan onderstaande perso(o)n(en) om informatie te ontvangen over de zorg voor bovengenoemde patiënt.

Naam/namen: _____ Relatie tot de patiënt: _____

Inova Medical Group behoudt zich het recht voor om kosten in rekening te brengen voor geplande bezoeken die:

1. Geannuleerd met een opzegtermijn van minder dan 24 uur
2. Gemist worden zonder te bellen om te annuleren (no show)

Schema voor annuleringskosten: Nieuwe patiënt \$ 50,00; Gevestigde patiënt: \$ 35,00

Handtekening patiënt/ouder of voogd: _____ Datum: _____



Persoonlijke informatie

Datum: _____

Naam patiënt: _____ Geboortedatum: ____/____/____ Leeftijd: ____

Beroep _____ Burgerlijke staat: ____ Naam partner/echtgenoot: _____

Race: ☐ Aziatisch ☐ Zwart of Afro-Amerikaans ☐ Native American ☐ Blank/Kaukasisch

☐ Ander: _____

Etniciteit: Identificeert u zich met een etnische afkomst? Zo ja, let op: _____

Aantal kinderen: ____ Namen/leeftijden van kinderen:

_____ Namen/specialiteiten/locaties van andere artsen
die voor u zorgen, inclusief vorige huisarts:

Medische informatie

Vermeld eventuele **MEDICATIES** die u momenteel gebruikt, op recept of zonder recept verkrijgbaar bent (gebruik de achterkant).

van de pagina indien nodig en geef dit aan):

Medicatie	Dosering	Route	Frequentie

Elk **allergieën** op medicatie of voedsel (lijst reacties): _____

Voorkeur **Apotheek**: _____

Datum van het laatste volledige lichamelijk onderzoek: _____ Datum van het laatste bloedonderzoek: ____

Datum van de laatste colonoscopie: _____ Datum van de laatste tetanusprik: _____

Voor vrouwen: Datum van de laatste menstruatie: _____ Datum van het laatste uitstrijkje: _____

Geschiedenis van abnormale uitstrijkjes (lijst datum/-data)? _____ Laatste datum: Mammografie: ____

DEXA: ____ Aantal zwangerschappen: ____ Miskramen: ____ Afbrekingen: ____ Levende kinderen: ____

Anticonceptiemethode(n): _____



Als **JIJ** of een **FAMILIELID** een van de volgende verschijnselen heeft gehad, omcirkel en geef aan welk gezinslid van toepassing is:

TOEVOEGEN/ADHD	<input type="checkbox"/>	Type 1 of 2	<input type="checkbox"/>	Luchtwegaandoeningen	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede	<input type="checkbox"/>	diabetesfracturen	<input type="checkbox"/>	Huidziekte	<input type="checkbox"/>
Allergieën/hooikoorts	<input type="checkbox"/>	Gynaecologische ziekte	<input type="checkbox"/>	Maag-/darmziekte	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	Hartinfarct	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	Hoge cholesterol	<input type="checkbox"/>	Beroerte aandoening	<input type="checkbox"/>
Angst/depressie	<input type="checkbox"/>	Hartaanval	<input type="checkbox"/>	Schildklierstoornis	<input type="checkbox"/>
Alcoholisme	<input type="checkbox"/>	Nierziekte	<input type="checkbox"/>	Seksueel overdraagbare Ziekte	<input type="checkbox"/>
Bloedproppen	<input type="checkbox"/>	Leverziekte	<input type="checkbox"/>	Ander:	
Kanker, type(n).		Neurologische ziekte	<input type="checkbox"/>		
		Osteopenie/Osteoporose			

Vermeld eventuele **CHIRURGIES** u heeft gehad en vermeld de maand/jaar:

informatie

Tabak gebruik: Rook je? ____ Zo ja, hoeveel sigaretten/sigaren per dag: ____ Aantal jaren dat u rookt: ____ Pruimt u tabak? ____ Heb je erover nagedacht om te stoppen? ____ Ben je al eerder gestopt? ____ Hoe lang? ____

Alcoholgebruik: Drink je alcohol? ____ Zo ja, welk type? ____ Hoeveel in 1 week? ____

Drug gebruik: Enige geschiedenis van illegaal drugsgebruik? ____ Zo ja, welke soort(en)? ____ Wanneer? ____ **Zul jij oefening?** ____ Welke activiteiten doet u en hoe vaak in 1 week? **eetpatroon?** ____ Zo ja, wat?

____ Gebruikt u iets? **cafeïnehoudend**

producten? ____ Zo ja, wat en hoeveel per dag? ____ **Heeft u onlangs een toename van verdriet of somberheid opgemerkt?** ____ **Heeft u geen interesse meer in leuke activiteiten?** ____

Heeft u een levenstestament? ____ Zo ja, bezorg ons dan een kopie.

Autorisatie voor claimbetaling en beoordelingen

1.Toewijzing en coördinatie van verzekeringsuitkeringen-Ik ga ermee akkoord om informatie te verstrekken over alle collectieve ziekenhuisopnames, gezondheidszorgorganisaties, werknemersvergoedingen, auto- en andere gezondheidszorgvoordelen ("Verzekering(en)") waarop ik mogelijk recht heb. Hierbij wijs ik eventuele betalingen uit mijn verzekeringsplan(nen) toe aan Inova Health System (of haar dochterondernemingen) en elk van de onafhankelijke artsen en/of professionele bedrijven voor diensten die aan mij zijn verleend. De directe betaling die hierbij wordt toegewezen en geautoriseerd, omvat alle uitkeringen uit het verzekeringsplan waar ik anders recht op heb, inclusief alle belangrijke medische voordelen die anderszins aan mij betaalbaar zijn onder de voorwaarden van mijn polis, maar mag het saldo dat verschuldigd is aan de Inova Health-verzekering niet overschrijden. Systeem (of zijn dochteronderneming),

2.Ongeautoriseerde, niet-gedekte of buiten het abonnement vallende services-Ik begrijp dat als mijn verzekeringsplan(nen) deze opname of enige dienst die tijdens deze opname wordt verleend niet als een gedekte dienst beschouwt of deze dienst niet heeft geautoriseerd, zij niet zullen betalen voor deze opname of de dienst die tijdens deze opname of dit poliklinische bezoek wordt verleend. Ik ga ermee akkoord dat ik volledig verantwoordelijk ben voor de betaling aan Inova Health System voor deze opname of enige dienst als volgens mijn verzekeringsplan(nen) een niet-gedekte dienst is. Ik begrijp en erken ook dat in het geval van diensten die buiten het abonnement/netwerk vallen, er mogelijk lagere uitkeringen zijn en dat ik mogelijk een hogere eigen bijdrage, co-assurantie of andere kosten moet betalen. In het geval dat mijn verzekeringsplan(nen) dit niet doen deze aan mij geleverde diensten vergoeden, erken ik dat ik verantwoordelijk ben voor het eventuele resterende saldo.

3.Alleen voor Medicare-ontvangers-Ik verklaar dat de door mij verstrekte informatie bij het aanvragen van betaling op grond van Titel XVIII van de Sociale Zekerheidswet juist is. Ik verzoek dat de betaling van geautoriseerde Medicare-uitkeringen namens mij wordt gedaan aan het ziekenhuis en/of onafhankelijke contractanten voor alle diensten die door die arts of leverancier aan mij worden geleverd. Ik machtig elke houder van medische informatie over mij om alle informatie vrij te geven aan de Centers for Medicare & Medicaid Services en haar agenten die nodig zijn om deze voordelen of de voor de gerelateerde diensten te betalen vergoedingen te bepalen. In het geval van Medicare Part B-uitkeringen verzoek ik om betaling aan mijzelf of aan de partij die de opdracht aanvaardt.

4.Bewoners, stagiaires of medische studenten-Ik begrijp dat bewoners, stagiaires, geneeskundestudenten en andere gezondheidszorgprofessionals onder mijn zorg mogen deelnemen, onder toezicht van een behandelend arts of andere gezondheidszorgprofessional, als onderdeel van de onderwijsprogramma's van het Inova Health System.

Door hieronder te ondertekenen, verklaar ik dat ik het voorgaande heb gelezen en begrepen, de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen en deze te laten beantwoorden, en dat ik de bovenstaande voorwaarden en bepalingen accepteer en dat ik ermee akkoord ga alle kosten te betalen waarvoor ik mogelijk juridisch verantwoordelijk ben, inclusief, maar niet beperkt tot eigen risico, eigen bijdragen en niet-gedekt. Ik ga er ook mee akkoord dat in het geval dat mijn rekening bij een advocaat of incassobureau moet worden geplaatst om betaling te verkrijgen, ik de redelijke advocatenhonoraria en andere incassokosten die door Inova Health System worden gemaakt, zal betalen.*Ik begrijp en ga ermee akkoord dat dit document van kracht blijft voor alle toekomstige bezoeken aan de polikliniek of artsenpraktijk aan Inova Health System, tenzij ik dit uitdrukkelijk schriftelijk herroep.*

Handtekening patiënt:

Datum:

Relatie tot de patiënt:

Ik verklaar dat ik op de hoogte ben van de producten van Inova Health System **Kennisgeving van privacypraktijken** en dat ik het recht heb om op verzoek een kopie te ontvangen. Deze verklaring beschrijft het soort gebruik en openbaarmaking van mijn beschermde gezondheidsinformatie dat kan plaatsvinden tijdens mijn behandeling, om de betaling van mijn rekeningen te vergemakkelijken of bij de uitvoering van de gezondheidszorgactiviteiten van Inova Health System. De kennisgeving beschrijft ook mijn rechten en de plichten van Inova Health System met betrekking tot mijn beschermde gezondheidsinformatie. Ik begrijp dat kopieën van de **Kennisgeving van privacypraktijken** zijn beschikbaar in de registratiezones van elke instelling en op de website van Inova Health System op www.inova.org. Ik kan verzoeken dat een kopie naar mij wordt verzonden door mij te bellen **703-204-3342**.

Inova Health System behoudt zich het recht voor om de privacypraktijken die worden beschreven in de **Kennisgeving van privacypraktijken**. Mogelijk krijg ik een herziene versie **Kennisgeving van privacypraktijken** door het bovenstaande nummer te bellen en te verzoeken dat een herzien exemplaar naar mij wordt verzonden, door er bij mijn volgende afspraak om te vragen, of door naar de hierboven genoemde website van Inova Health System te gaan om de meest recente versie te bekijken.

HANDEKENING VAN PATIËNT OF PERSOONLIJKE VERTEGENWOORDIGER

NAAM VAN DE PATIËNT OF PERSOONLIJKE VERTEGENWOORDIGER

DATUM

BESCHRIJVING VAN DE AUTORITEIT VAN DE PERSOONLIJKE VERTEGENWOORDIGER

PATIËNTIDENTIFICATIE

INOVA GEZONDHEIDSSYSTEEM
BEVESTIGING VAN ONTVANGST VAN
KENNISGEVING VAN PRIVACYPRAKTIJKEN

CAT #84498 / R032103
PKGS VAN 100

MR 32-06