

Patiëntregistratieformulier

Achternaam _____ Voornaam _____ MI _____

AKA (ook bekend als) /Vorige achternaam (namen) _____

Sociale zekerheid # _____ - _____ - _____ Geboortedatum ____/____/____ Geslacht:-Mannelijk-Vrouwelijk

Burgerlijke staat: ____Enkel ____Gescheiden ____Wettig gescheiden ____Weduwe ____Levenspartner

____Gehuwd woonadres _____

Stad _____

Staat _____ Postcode _____

Thuis telefoon(____) _____

Mobiele telefoon(____) _____

Andere telefoon(____) _____

Alternatieve telefooninfo _____

E-mail _____

Patiënt/familie Gewenste communicatiemethode:-Thuis telefoon-Mobiele telefoon-Alt-telefoon-E-mail-Tekst Eerstelijnszorg

Arts/Kinderarts _____

Indien een pediatrie patiënt, vermeld dan broers en zussen _____

Race:-Wit --Zwart of Afro-Amerikaans --Amerikaanse Indiaan of inwoner van Alaska----Aziatisch

--Pacific Islander of inheemse Hawaïaan

--Ander ras - graag afdrukken _____

Etniciteit:-Spaanse of Latino of Spaanse afkomst

--Geen Spaanse, Latino of Spaanse afkomst

--Anders/Onbekend - Print a.u.b. indien anders _____

Taalvoorkeur: Indien anders dan Engels, graag afdrukken _____

Heeft u een gehoor- of gezichtsstoornis die hulp nodig heeft voor effectieve communicatie?

Zo ja, vink de betreffende artikelen aan:-Visie--Gehoor

Werkgever van de patiënt _____

Adres _____

Stad _____

Staat _____

Postcode _____

Werk telefoon nummer(____) _____

Ext _____

Persoon die financieel verantwoordelijk is voor de factuur nadat de verzekeringsbetaling is ontvangen (alleen invullen als de patiënt niet verantwoordelijk is) Bent u

de patiënten

--Borg?

--Wettelijke voogd?

Naam van de garant/wettelijke voogd _____

Sociale zekerheid # _____ - _____

Relatie van de patiënt met de garant/wettelijke voogd:-

--Afhankelijk kind--Student

Geboortedatum echtgenoot ____/____/____

--Anders - Gelieve af te drukken _____

Woonadres van de garant/wettelijke voogd _____

Plaats _____ Staat _____ Postcode _____

Telefoon thuis () _____ Mobiele telefoon () _____ Werktelefoon () _____

Garant/wettelijke voogd Naam en adres van de werkgever _____

Stad _____ Staat _____ Postcode _____

Contactpersoon voor noodgevallen-Wie moet u bellen in geval van een

noodgeval? 1. Naam _____

Relatie _____

Mobiel/Hm-telefoonnummer () _____

Werktelefoon # () _____

2. Naam _____

Relatie _____

Mobiel/Hm-telefoonnummer () _____

Werktelefoon # () _____

Is uw bezoek het gevolg van een werkgerelateerd letsel of een auto-ongeluk? --Ja----Nee

Heeft u een Advance Care Plan? (voorschotrichtlijn, levenstestament, medische volmacht)-Ja --Nee

Heeft de patiënt een verzekering? -Ja --Nee

Primaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de hoofdverzekering is

Plannaam _____

Naam van verzekeringnemer _____

Geslacht: --Mannelijk----Vrouwelijk

van verzekeringnemer - -

Geboortedatum van verzekeringnemer / /

Secundaire verzekeringsinformatie - Vul de onderstaande gegevens in als de patiënt niet de verzekeringnemer van de secundaire verzekering is

Plannaam _____

Naam van verzekeringnemer _____

Geslacht: --Mannelijk--Vrouwelijk

van verzekeringnemer - -

Geboortedatum van verzekeringnemer / /

Patiënt/garant Gedrukte naam _____

Handtekening patiënt/garant _____

Datum / /