

Patiëntregistratieformulier

Toegewezen PCP: William Y. Josephson MD.

Patiënt informatie:

Achternaam: _____ Voornaam: _____ MI: _____

Adres: _____

Stad: _____ Staat: _____ Postcode

Code: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer: _____ Telefoon

thuis: _____ Pager/mobiele

telefoon: _____

Rijbewijsnummer: _____ Staat van rijbewijs: _____

Werkgeverinformatie van de patiënt:

Bedrijfsnaam: _____

Bedrijfsadres: _____

Stad: _____ Staat: _____ Postcode: _____

Telefoon: _____ Ext: _____

Bezigheid: _____

Noodgeval Contact Informatie:

Naam: _____

Relatie: _____

Adres: _____

Plaats: _____ Staat: _____ Postcode

Code: _____

Telefoon thuis: _____ Pager/

mobiele telefoon: _____

Verzekerde of verantwoordelijke persoon:

Primaire verzekering:

Verzekeringsmaatschappij: _____

Achternaam: _____ Voornaam: _____

MI: _____

Relatie met patiënt: _____

Groepsnr.: _____

Gebruikers ID #: _____

Secundaire verzekering:

Verzekeringsmaatschappij: _____

Achternaam: _____ Voornaam: _____

MI: _____

Relatie met patiënt: _____

Groepsnr.: _____

Gebruikers ID #: _____

Vertolkingsbehoeften:

Primaire taal: _____

Vereiste tolkdiensten: ☐ Ja ☐ Nee

Wilsverklaringen:

Heeft u een wilsverklaring? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, bezorg ons dan een kopie.

Wilt u informatie over de wilsverklaring? ☐ Ja ☐ Nee

Toewijzing van voordelen: Hierbij wijs ik alle medische en/of chirurgische voordelen, inclusief de belangrijkste medische voordelen waar ik recht op heb, particuliere verzekeringen en andere gezondheidsplannen, toe aan de geregistreerde arts/instelling. Een fotokopie van deze opdracht wordt als geldig beschouwd als een origineel. Ik begrijp dat ik financieel verantwoordelijk ben voor alle kosten, ongeacht of deze door de verzekering worden betaald. Ik machtig hierbij de genoemde rechtverkrijgende om alle informatie vrij te geven die nodig is om de betaling veilig te stellen.

Toestemming voor behandeling: Hierbij machtig ik de geregistreerde arts en medewerkers om de bovengenoemde patiënt te behandelen.

Handtekening patiënt: _____

Datum: _____