

Pionier uitgebreide medische

Datum: _____

PATIËNTENREGISTRATIE

GELIEVE ALLE INSCHRIJVINGEN AF TE DRUKKEN EN TE VOLTOOIEN

NAAM VAN DE PATIËNT (ACHTERNAAM -- VOORSTE -- MIDDELSTE INITIAL)		ADRES		
STAD, STAAT		ZIP	THUISTELEFOON	MOBIELE TELEFOON
GEBOORTEDATUM VAN DE PATIËNT	PATIËNT SSN	SEKS -Mannelijk -Vrouwelijk		BURGERLIJKE STAAT -Alleenstaand - Getrouwd - Anders _____
NAAM VAN DE WERKGEVERS PATIËNT		ADRES VAN DE WERKGEVERS VAN DE PATIËNT (STRAATADRES - STAD - STAAT - POST)		WERKGEVERS TELEFOON
INFORMATIE VERZEKERDE/VERANTWOORDELIJKE PARTIJ		RELATIE TOT PATIËNT: -echtgenoot -ouder -voogd		
NAAM (EERSTE -- LAATSTE -- MIDDEN INITIAL)		ADRES (indien verschillend van patiënt)		
THUISTELEFOON	WERKTELEFOON	SSN	GEBOORTEDATUM	WERKGEVER
VERZEKERINGSINFORMATIE				
NAAM VAN DE PRIMAIRE VERZEKERING		ADRES (STRAAT - STAD - STAAT - POST)		TELEFOON
GROEPNUMMER	ID NUMMER	WERKGEVER		WERKGEVERS TELEFOON
SECUNDAIRE VERZEKERINGSNAAM		ADRES (STRAAT - STAD - STAAT - POST)		TELEFOON
GROEPNUMMER	ID NUMMER	WERKGEVER		WERKGEVERS TELEFOON
PRIMAIRE ARTS/FAMILIE ARTS		VERWIJZENDE ARTS		
IN GEVAL VAN NOODGEVALLEN CONTACT		RELATIE		TELEFOONNUMMER

OPDRACHT EN VRIJGAVE: Ik geef hierbij toestemming dat mijn verzekeringsuitkeringen rechtstreeks aan de arts worden betaald en dat ik financieel verantwoordelijk ben voor niet-gedekte diensten. Ik machtig de arts ook om alle informatie vrij te geven die nodig is voor de verwerking van deze claim en alle toekomstige claims. Als mijn rekening naar een incassobureau wordt gestuurd, ga ik ermee akkoord alle incasso- en advocaatkosten te betalen.

HANDTEKENING (Patiënt of, indien minderjarig Handtekening van ouder of voogd)

DATUM

Toestemming om gezondheidsinformatie vrij te geven aan:

Naam (namen)		ADRES		
STAD, STAAT		ZIP	THUISTELEFOON	TELEFOON OVERDAG
DATA VAN DIENST		DE TOESTEMMING VERLOOPT (TENZIJ ANDERS AANGEGEVEN, BLIJFT DEZE TOESTEMMING EEN JAAR VANAF DE ONDERTEKENINGSDATUM VAN KRACHT)		
VAN: _____ NAAR: _____		-NOOIT DATUM:		
Geef de volgende informatie vrij:				
-Alle records	-Grafieknottities	-Radiologierapporten	-Operatierapporten	-Geschiedenis en natuurkunde

VRIJGEVEN VAN INFORMATIE

Ik begrijp dat:

- één keer "deze faciliteit" op mijn verzoek mijn gezondheidsinformatie vrijgeeft, kan het niet garanderen dat de ontvanger mijn gezondheidsinformatie niet opnieuw aan een derde zal vrijgeven. Het is mogelijk dat de derde partij niet verplicht is zich te houden aan deze Autorisatie of de toepasselijke federale en staatswetten die het gebruik en de openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie regelen.
- Ik kan op elk moment schriftelijk een verzoek indienen om inzage en/of een kopie te verkrijgen van mijn gezondheidsinformatie die in deze instelling wordt bewaard, zoals bepaald in de Federal Privacy Rule 45 CFR (164.524).
- mijn gegevens zijn beschermd en kunnen niet openbaar worden gemaakt zonder schriftelijke toestemming
- deze machtiging blijft één jaar van kracht, anders stuur ik een schriftelijke kennisgeving van intrekking naar de afdeling Medische Dossiers.

HANDTEKENING VAN PATIËNT OF WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER	DATUM	E-MAIL
INDIEN ONDERTEKEND DOOR WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER: RELATIE MET PATIËNT	HANDTEKENING VAN GETUIGENIS (Optioneel):	

Datum: _____

[illegible]