

Pagina 1 van 13



Medische geschiedenis
Sociale vragenlijst

Patient naam: _____

Geboortedatum: _____

Heeft u nu of heeft u ooit een van de volgende klachten gehad? (Vink alles aan wat van toepassing is)

_____ Diabetes	_____ Artritis	_____ Hoge bloeddruk _____
_____ Hartaanval	_____ Hartziekte	Pacemaker/chirurgisch implantaat
_____ Vaatziekte	_____ Hoofdpijn	_____ Nierproblemen
_____ Open wonden	_____ Huidige infecties _____	_____ Allergieën
_____ Hernia	Epileptische aanvallen	_____ Metaal in behuizing
_____ Kanker/tumor	_____ Schilddklierproblemen	_____ CVA/slag
_____ Eerdere fracturen	_____ Osteoporose	_____ Depressie
_____ Angst	_____ Middelenmisbruik	_____ Eerdere operaties
_____ Astma	_____ Momenteel zwanger	_____ Hepatitis (A, B, C)
_____ Overgevoeligheid voor hitte/koude Geschatte		_____ Ander _____

datum van letsel: ____ / ____ / _____

Verklaring van de blessure: _____

Gebruikt u momenteel medicijnen? JA NEE

Zo ja, vermeld de medicijnen en specificeer de aandoening: _____

Heeft u momenteel vervoer van en naar fysiotherapie? JA NEE

Heeft u momenteel financiële problemen waardoor u niet naar fysiotherapie kunt komen? JA NEE

Bent u momenteel (Omcirkel alles wat van toepassing is)

In dienst Werkloos Gepensioneerd – Datum _____ Uitgeschakeld – Datum _____

Ontvangt u momenteel, of in de afgelopen 30 dagen, thuiszorgdiensten (HH) van wie dan ook, voor welk type of procedure dan ook? JA NEE

*** *Gelieve de receptie op de hoogte te stellen als u thuiszorg heeft ontvangen of ontvangt****

Zo ja, vermeld dan de naam van het bureau, het telefoonnummer en de naam van de arts die Home Health heeft besteld.

Naam Agentschap: _____ Telefoon: (____) _____ - _____

Bestellende arts: _____ Datum waarop HH begon: ____/____/____

Handtekening patiënt/voogd _____

_____ Datum



Elite-therapieoplossingen
2100 N. Greenville Ave. Suite 100
Richardson TX, 75080
Telefoon: (972) 644-0701
Fax: (972) 644-0003
Bij Jerome's sportschool

Naam: _____ Datum: _____
Arts: _____ Geboortedatum: _____ Leeftijd: _____
Waarvoor zien we u vandaag? _____ Specifieke
datum van het letsel/begin van de symptomen: (mm/dd/jj) _____ Hoe is het
ontstaan? _____ Geef een overzicht van eventuele
eerdere behandelingen voor deze episode: _____
Opmerkingen: _____

Medische voorgeschiedenis: (vink alles aan wat van
toepassing is): Hoge bloeddruk _____ Ja _____ Nee Osteoporose _____ Ja _____ Nee
Hart problemen _____ Ja _____ Nee Bloedproppen _____ Ja _____ Nee
Neurologische aandoeningen _____ Ja _____ Nee Diabetes _____ Ja _____ Nee
Pacemaker _____ Ja _____ Nee Kanker _____ Ja _____ Nee
Artrose _____ Ja _____ Nee Aanvallen _____ Ja _____ Nee
Zwanger _____ Ja _____ Nee _____ Onzeker
Chirurgie (lijsttype): _____ Ander: _____

Zijn er recente veranderingen in de gezondheid (dat wil zeggen aanzienlijke gewichtstoename/-verlies; problemen met de darmblaas; koorts; duizeligheid, veranderingen in gezichtsvermogen en/of spraak, enz.)? Zo ja, vermeld dan:

_____ Gebruikt u medicijnen? (gelieve te
vermelden) _____ Allergieën voor medicijnen? (gelieve te
vermelden) _____ Heeft u een van de volgende tests
ondergaan voor dit specifieke incident? ☐ CT-scan ☐ MRI ☐ Röntgenfoto's ☐ EEG ☐ Botscan 1. Heeft u moeite met slapen? ☐ Ja ☐ Nee
Welke positie slaap jij? _____ Hoeveel kussens gebruik jij? _____

2. Heeft u eerder fysiotherapie voor dit probleem gehad? ☐ Ja ☐ Nee Wanneer? _____
3. Bent u momenteel onder behandeling bij een andere zorgverlener? ☐ Ja ☐ Nee WHO? _____
4. Wat was uw activiteitsniveau vóór uw blessure? (cirkel een) Hoog Gematigd Laag
5. Werkt u momenteel? ☐ fulltime ☐ lichte dienst ☐ uit ☐ huisvrouw ☐ N.v.t
6. Wat is uw beroep? _____
7. Wat heeft uw beroep nodig? ☐ tillen ☐ duwen trekken ☐ schrijven ☐ zitten
☐ lopen ☐ draaien ☐ bereiken ☐ computer/typen
☐ staan ☐ dragen ☐ klimmen ☐ knielen/hurken
☐ repetitieve bewegingen ☐ ander: _____
8. Wanneer is uw volgende doktersafpraak? _____ Met wie? _____

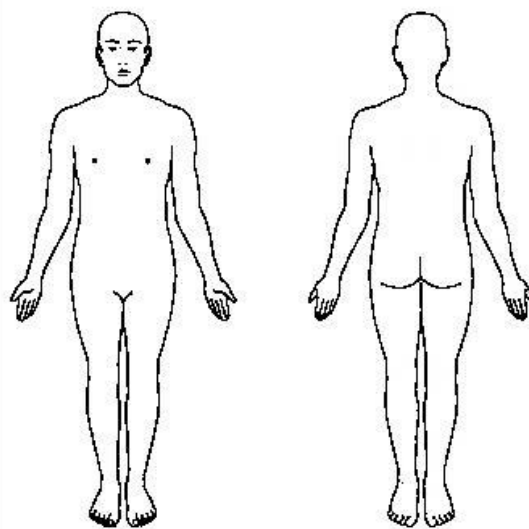
9. Heeft u moeite met de volgende taken?

	JA	NEE		JA	NEE
In/uit bed komen	___	___	Het rijden	___	___
Aankleden/verzorging	___	___	Recreatieve activiteit of sport	___	___
Huiswerk	___	___	Traplopen/stoepranden	___	___
De was	___	___	Boodschappen doen/boodschappen doen	___	___
Buigen / Bukken	___	___	30 minuten staan	___	___
Lopen	___	___	Tillen / dragen	___	___

10. Beschrijf uw pijn:

Markeer gebieden met PIJN met een "X"

Markeer gebieden met gevoelloosheid/tintelingen met "O"



Mijn pijn is: ___ pijn ___ brandend ___ steken ___ spelden en naalden
 ___ saai ___ scherp ___ ander: _____

Rangschik uw pijn op een schaal van 0-10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Geen pijn Mild Gematigd Streng Intens ernstig Eerste hulp

11. Op welk tijdstip van de dag is uw pijn het ergst? (cirkel een): Ochtend Middag Avond

12. Is uw pijn CONSTANT/KOMEN EN GAAN? (cirkel een)

13. Wat maakt uw pijn erger? _____

14. wat verzacht je pijn? _____

Handtekening patiënt/voogd

Datum

Beoordeeld door therapeut

Datum



Optimaal instrument

Moeilijkheidsgraad Basislijn

Patient naam: _____

Datum: _____

INSTRUCTIES: Omcirkel het niveau van moeilijkheid die je voor elk hebt activiteit vandaag.	Kunnen doen zonder enige moeilijkheid	Kunnen doen met weinig moeilijkheid	Kunnen doen met matig moeilijkheid	Kunnen doen met veel moeilijkheid	Niet kunnen Doen	Niet van toepassing
1. Plat liggen	1	2	3	4	5	9
2. Omrollen	1	2	3	4	5	9
3. Bewegen – van liggen naar zitten	1	2	3	4	5	9
4. Zitten	1	2	3	4	5	9
5. Hurken	1	2	3	4	5	9
6. Buigen/bukken	1	2	3	4	5	9
7. Balanceren	1	2	3	4	5	9
8. Knielen	1	2	3	4	5	9
9. Staan	1	2	3	4	5	9
10. Lopen – korte afstand	1	2	3	4	5	9
11. Lopen – lange afstanden	1	2	3	4	5	9
12. Wandelen – buitenshuis	1	2	3	4	5	9
13. Traplopen	1	2	3	4	5	9
14. Hoppen	1	2	3	4	5	9
15. Springen	1	2	3	4	5	9
16. Hardlopen	1	2	3	4	5	9
17. Duwen	1	2	3	4	5	9
18. Trekken	1	2	3	4	5	9
19. Bereiken	1	2	3	4	5	9
20. Grijpen	1	2	3	4	5	9
21. Tillen	1	2	3	4	5	9
22. Dragen	1	2	3	4	5	9

23. Kies uit de bovenstaande lijst de drie activiteiten die u het liefst zonder problemen zou willen doen (bijvoorbeeld: als u dat het liefst zou willen doen) *traplopen*, *knielen*, *Enhop* zonder enige moeite zou u kiezen voor: 1. 13 .83. 14)

1. ____ 2. ____ 3. ____

24. Kies uit de bovenstaande lijst met drie activiteiten de primaire activiteit die u het liefst zonder enige moeite zou willen doen (bijvoorbeeld als u dat het liefst zou willen doen). *trap beklommen* zonder enige moeite zou je kiezen voor: Hoofddoel: 13)

Voornaamste doel: ____

FINANCIËLE REGELINGEN EN MEDISCHE VERZEKERING

Wij willen u graag bedanken voor het kiezen voor Elite Therapy Solutions voor uw fysiotherapiebehoeften en uiterlijk ernaar uit om samen met u uw doelen te bereiken. Wij vragen uw hulp bij het beoordelen en begrijpen ons betalingsbeleid. Als u vragen heeft, aarzel dan niet om deze te stellen, wij staan u graag te woord je helpen. Nadat u het beleid heeft doorgenomen Vul de registratie in en onderteken deze aan de andere kant.

- Co-betalingen zijn verschuldigd op het moment van service-
-
- Wij accepteren contant geld, persoonlijke cheques, MasterCard, Visa en Discover-
-
- Wij helpen u graag bij het verwerken van uw verzekeringsaanvraagformulier voor uw terugbetaling.
-
- Wij aanvaarden opdracht-
-
- Wij realiseren ons dat er tijdelijke financiële problemen kunnen ontstaan die de tijdige betaling van uw rekening in de weg staan.

Neem bij problemen contact op met onze officemanager. Wij denken graag met u mee.

Door ondertekening gaat u akkoord met:

- Betaal alle kosten die anders niet door uw verzekeringsmaatschappij worden betaald. Deze kosten kunnen omvatten bedragen die zijn toegepast op uw jaarlijkse eigen risico, eigen bijdragen en kosten die zijn afgewezen omdat ze niet onder de dekking vallen uw verzekeringsprogramma of als dit medisch noodzakelijk wordt geacht.-
-
- In het geval dat uw rekening voor incasso moet worden doorverwezen naar een incassobureau of advocaat, gaat u hiermee akkoord alle incassokosten en/of gerechtskosten betalen.

Uw therapeut bespreekt graag met u uw voorgestelde behandeling, maar ook alle vragen die betrekking hebben op uw verzekering bedrijf wordt doorverwezen naar de officemanager.

Houd er rekening mee dat uw verzekering een contract is tussen u, uw werkgever en de verzekeringsmaatschappij.

Wij zijn geen partij bij dat contract.

Niet alle diensten vallen onder alle contracten.



**2100 N. GREENVILLE AVE SUITE 100
RICHARDSON TX, 75082
TELEFOON: (972) 664-0701 FAX: (972) 664-0003**

Dank je voor het kiezen **Elite-therapieoplossingen** voor uw fysiotherapiebehandeling.
Wij hebben voor uw behandeling contact opgenomen met uw zorgverzekeraar
voor de Uitkeringen is de vertegenwoordiger als volgt gedekt:

AFTREKBAAR: _____ LEERDE KENNEN: _____ EVENWICHT: _____

CO-BETALING: _____ MEDEVERZEKERING: _____

VERZEKERING BETAALT: _____ VAN REDELIJK EN NOODZAKELIJK

Het patiëntengedeelte van deze kosten wordt betaald op het moment van de dienstverlening. (In sommige gevallen kunnen speciale regelingen worden getroffen om deze kosten wekelijks te betalen.)

Hoewel **Elite-therapieoplossingen** doet er alles aan om vergoedingen in rekening te brengen in overeenstemming met de definitie van REDELIJK EN NOODZAKELIJK van de meeste verzekeringsmaatschappijen; soms is niet het gehele honorarium vergoed door de verzekering. Het moet duidelijk zijn dat elk bedrag dat niet door de verzekering wordt betaald, de verantwoordelijkheid van de verzekerde wordt.

Ik heb het bovenstaande gelezen en begrepen en ga akkoord met de voorwaarden in dit document. Ik begrijp dat wel **Elite-therapieoplossingen** verzekeringsuitkeringen voor mij indient, ligt de verantwoordelijkheid voor de betaling van deze rekening bij mij.

*** * * * * ALS U UW EIGEN RISICO REEDS AAN EEN ANDER HEBT BETAALD
FACILITEIT OF ARTS, WIJ ZULLEN UW CLAIMS TWEE WEKEN HOUDEN.**

**DAARNA, ALS UW VERZEKERAAR UW CLAIMS NIET BETAALT ALS GEVOLG VAN
UW EIGEN RISICO, U ZULT VERANTWOORDELIJK ZIJN. *******

Handtekening van verzekerde

Datum

Getuige

Datum



Verklaring van financiële verantwoordelijkheid

Elite Therapy Solutions maakt zich zorgen over uw gezondheid. Wij helpen u graag verder met uw zorgvraagstukken. Houd er rekening mee dat uw zorgverzekering uw verantwoordelijkheid is, maar wij kunnen u helpen. Ongeacht wat we zouden kunnen berekenen als uw zorguitkering in dollars, we moeten benadrukken dat u, de patiënt, verantwoordelijk bent voor de totale behandelingskosten. Uit beleefdheid jegens u kunnen wij de overdracht van uitkeringen van de meeste verzekeringsmaatschappijen accepteren. Dit zal uw directe, contante uitgaven verminderen. Wij geven uw verzekeringsmaatschappij 90 dagen de tijd om een betaling uit te voeren. Na die tijd worden alle vragen of vervolgbetalingen uw verantwoordelijkheid.

Handtekening patiënt/garant

Datum

ALS U MEDICARE ONTVANGT, LEES DAN HET VOLGENDE, TEKEN EN DATUM

PATIËNTEN MEDICARE TOESTEMMING

Naam van de patiënt: _____

Medicare-nummer van de patiënt: _____

Ik verzoek dat de betaling van geautoriseerde Medicare-uitkeringen aan mij wordt gedaan of namens:

Elite-therapieoplossingen

voor alle diensten die mij door die artsen/leverancier worden verleend. Ik machtig elke houder of houder van medische informatie over mij om informatie vrij te geven aan de Health Care Financing Administration en haar agenten. Alle benodigde informatie bepaalt deze voordelen die betaalbaar zijn voor gerelateerde diensten. Ik begrijp mijn handtekeningverzoek om betalingen uit te voeren en geef toestemming voor het vrijgeven van de medische informatie die nodig is om de claim te betalen. Als (anders dan verzekering) is aangegeven in item 9 van het HCFA-1500-formulier, of elders op andere goedgekeurde claimformulieren of elektronisch ingediende claims, geeft mijn handtekening toestemming om de informatie vrij te geven aan de getoonde verzekeraar of instantie. In aan Medicare toegewezen gevallen gaat de arts of leverancier ermee akkoord de kostenbepaling van de Medicare-vervoerder als de volledige kosten te aanvaarden, en is de patiënt alleen verantwoordelijk voor het eigen risico, medeverzekering en niet-gedekte diensten. Medeverzekering en eigen risico zijn gebaseerd op de kostenbepaling van de Medicare-vervoerder.

Handtekening patiënt/voogd

Datum



Kennisgeving van onze privacypraktijken

DEZE MEDEDELING BESCHRIJFT HOE MEDISCHE INFORMATIE OVER U KAN WORDEN GEBRUIKT EN OPENBAARD EN HOE U TOEGANG KUNT KRIJGEN TOT DEZE INFORMATIE. BEKIJK HET ZORGVULDIG.

Ingangsdatum: 14-04-2003

Herzieningsdatum: 2/12/2015

HOE MOET UW BESCHERMDE GEZONDHEIDSINFORMATIE VOLGENS DE FEDERALE WET DOOR ONS KANTOOR WORDEN GEBRUIKT OF BEKENDGEMAAKT VOOR BEHANDELING, BETALING OF ZORGDOELEINDEN?

Over het algemeen kan uw beschermde informatie door onze kliniek worden gebruikt of openbaar gemaakt voor behandeling, betaling of specifieke gezondheidszorgoperaties. Deze drie woorden of zinsneden worden als volgt gedefinieerd door de federale wet, 45 CFR s 164.501 en andere regelgeving:

Behandeling: *Behandeling betekent het verlenen, coördineren of beheren van gezondheidszorg en aanverwante diensten door een of meer zorgverleners, met inbegrip van de coördinatie of het beheer van gezondheidszorg door een zorgverlener met een derde partij; overleg tussen zorgverleners met betrekking tot een patiënt; of de verwijzing van een patiënt voor gezondheidszorg van de ene zorgverlener naar de andere.*

Betaling: *de activiteiten die wij ondernemen om zorg te verkrijgen of te vergoeden.* Tot dergelijke activiteiten behoren onder meer het onbeperkt bepalen van de geschiktheid of de dekking (inclusief de coördinatie van uitkeringen of het vaststellen van bedragen voor het delen van de kosten), en de beoordeling of subrogatie van claims voor gezondheidsvoordelen; facturering, claimbeheer, incassoactiviteiten, het verkrijgen van betaling op grond van een herverzekeringscontract (inclusief stop-loss-verzekering en excedent-of-loss-verzekering) en de daarmee samenhangende verwerking van gezondheidszorggegevens; en beoordeling van gezondheidszorgdiensten met betrekking tot medische noodzaak, dekking onder een gezondheidszorgplan, geschiktheid van zorg of rechtvaardiging van kosten.

Andere gezondheidszorgoperaties: 45 CFR s 14.501 en .520(b)(1)(iii) schetsen verschillende andere doeleinden waarvoor onze praktijk beschermde informatie kan gebruiken of openbaar maken. Onze praktijk kan bijvoorbeeld beschermde informatie gebruiken of openbaar maken met het oog op (1) het uitvoeren van trainingsprogramma's waarin studenten, stagiairs of praktijkmensen op het gebied van de gezondheidszorg onder supervisie leren om hun vaardigheden als zorgverleners te oefenen of te verbeteren, (2) het verstrekken van afspraakherinneringen aan patiënten, (3) het verstrekken van behandelingsalternatieven of andere gezondheidsgerelateerde voordelen en diensten die van belang kunnen zijn voor patiënten, en (4) het contacteren van patiënten om geld in te zamelen.

Openbaarmaking aan de patiënt per fax en e-mail

Van tijd tot tijd verzoeken patiënten dat onze kliniek beschermde informatie naar hen verzendt via fax, e-mail of het achterlaten van een bericht op de voicemail over dergelijke informatie. Hoewel we specifieke schriftelijke toestemming van u kunnen vragen voordat u beschermde informatie via dergelijke middelen openbaar maakt, stemt u er hierbij mee in (1) dat u door ons een faxnummer, e-mailadres of telefoonnummer met voicemail te verstrekken, hierbij instemt met openbaarmaking via dergelijke middelen, en (2) in het geval dat u via dergelijke middelen beschermde informatie van ons ontvangt EN u geen communicatie meer op deze of andere manieren wenst te ontvangen, gaat u ermee akkoord dat u ons onmiddellijk schriftelijk zult instrueren om niet verder te gaan het op dergelijke wijze openbaar maken van uw beschermde informatie.

Hoe kan het zijn dat uw beschermde gezondheidsinformatie volgens de federale wetgeving moet worden gebruikt of openbaar gemaakt op manieren waarvoor geen schriftelijke toestemming of autorisatie vereist is?

Onder bepaalde omstandigheden kan de wet onze praktijk verplichten of toestaan om uw persoonlijke gegevens zonder uw toestemming of toestemming openbaar te maken of openbaar te maken. Dergelijke omstandigheden zijn onder meer:

- a) Gebruik en openbaarmaking vereist door de wet
- b) Gebruik en openbaarmaking voor diensten op het gebied van de volksgezondheid
- c) Openbaarmakingen over slachtoffers van misbruik, verwaarlozing of huiselijk geweld,
- d) Gebruik en bekendmakingen voor activiteiten op het gebied van gezondheidstoezicht
- e) Openbaarmakingen voor gerechtelijke en administratieve procedures
- f) Openbaarmaking voor wetshandavingsdoeleinden
- g) Gebruik en openbaarmakingen over overledenen
- h) Gebruik en openbaarmaking voor donatiedoeleinden van kadavers, ogen of weefsel
- i) Gebruik en openbaarmaking voor onderzoeksdoeleinden
- j) Gebruik en openbaarmaking om een ernstige bedreiging voor de gezondheid of veiligheid af te wenden
- k) Gebruik en openbaarmaking voor gespecialiseerde overheidsfuncties
- l) Openbaarmakingen over de compensatie van werknemers

Wat gebeurt er als andere wetten restrictiever zijn dan de federale wetgeving?

In het geval dat andere wetten restrictiever worden dan de federale wetgeving met betrekking tot het gebruik en de openbaarmaking van uw beschermde informatie, zal onze praktijk beschrijvingen van de strengere vereisten in deze privacyverklaring opnemen.

Voor elk ander gebruik of openbaarmaking is uw schriftelijke toestemming vereist

Alle andere vormen van gebruik en openbaarmaking naast de toepassingen en openbaarmakingen die hierin worden vermeld en die waarvoor de mogelijkheid nodig is om akkoord te gaan of bezwaar te maken (zie 45 CFR 165.512), zullen alleen plaatsvinden met uw schriftelijke toestemming. Zodra een dergelijke toestemming is verleend, kunt u deze op elk gewenst moment intrekken, zoals bepaald door en onderworpen aan 45 CFR 165.508 (b)(5).

Uw rechten en hoe u deze rechten kunt uitoefenen

Volgens de federale wetgeving heeft u de volgende rechten. Om uw rechten uit te oefenen, dient u een schriftelijk verzoek te sturen ter attentie van de Privacy Officer in onze kliniek.

U hebt het recht om beperkingen aan te vragen voor bepaald gebruik en openbaarmaking van beschermde gezondheidsinformatie, zoals bepaald in s 164.522(a). Houd er echter rekening mee dat onze kliniek volgens de federale wetgeving niet verplicht is in te stemmen met een gevraagde beperking.

U heeft het recht om vertrouwelijke communicatie over beschermde gezondheidsinformatie te ontvangen zoals bepaald door en onderworpen aan 45 CFR s 164.522 (b).

U hebt het recht om beschermde gezondheidsinformatie te inspecteren en te kopiëren zoals verstrekt door en onderworpen aan 45 CFR s 164.524.

U hebt het recht om beschermde gezondheidsinformatie te wijzigen zoals verstrekt door en onderworpen aan 45 CFR s 164.526.

U hebt het recht om een boekhouding te ontvangen van de openbaarmaking van beschermde gezondheidsinformatie zoals voorzien door en onderworpen aan 45 CFR s 164.528.

U heeft het recht om een kopie van deze privacyverklaring te verkrijgen.

Als u van mening bent dat uw privacyrechten zijn geschonden, heeft u het recht om een klacht in te dienen bij de Privacy Officer van onze kliniek en bij de minister van Volksgezondheid en Human Services. Om een klacht in te dienen bij de Privacyfunctionaris van onze kliniek, hoeft u alleen maar een kopie van ons privacyklachtenformulier aan te vragen, in te vullen en dit naar onze Privacyfunctionaris te sturen. Er mogen geen represailles tegen een persoon worden genomen voor het indienen van een dergelijke klacht.

Taken van onze kliniek

Onze kliniek is wettelijk verplicht om de privacy van uw beschermde informatie te handhaven en u op de hoogte te stellen van onze wettelijke verplichtingen en privacypraktijken met betrekking tot uw beschermde informatie. Onze kliniek is verplicht zich te houden aan de voorwaarden van deze privacyverklaring en nieuwe kennisgevingsbepalingen van kracht te maken voor alle beschermde informatie die onze kliniek bijhoudt. De herziene verklaring ligt bij de receptie van onze kliniek ter inzage of om te kopiëren.

Contactgegevens voor meer informatie

Donna Alford

Officemanager/Privacyfunctionaris

Elite-therapieoplossingen

2100 N. Greenville Ave Suite 100

Richardson TX, 75082



2100 N. Greenville Ave. Suite 100
Richardson TX, 75082

Kennisgeving van erkenning van de privacypraktijk

Ik begrijp dat ik op grond van de Health Insurance Portability & Accounting Act van 1996 ("HIPPA") bepaalde rechten op privacy heb met betrekking tot mijn beschermde gezondheidsinformatie. Ik begrijp dat deze informatie kan en zal worden gebruikt voor het volgende:

- Het uitvoeren, plannen en regisseren van mijn behandeling en follow-up onder de vele zorgverleners die mogelijk direct en indirect bij die behandeling betrokken zijn.
- Betaling verkrijgen van externe betalers.-
- Voer normale gezondheidszorgactiviteiten uit, zoals kwaliteitsbeoordelingen en artsencertificeringen.

Ik heb uw Kennisgeving over privacypraktijken ontvangen, gelezen en begrepen, die een vollediger beschrijving bevat van het gebruik en de openbaarmaking van mijn gezondheidszorginformatie. Ik begrijp dat deze organisatie het recht heeft om haar Kennisgeving van Praktijken van tijd tot tijd te wijzigen en dat ik op elk gewenst moment contact kan opnemen met deze organisatie op het bovenstaande adres om een actueel exemplaar van de Kennisgeving van Privacypraktijken te verkrijgen.

Ik begrijp dat ik u schriftelijk kan verzoeken om te beperken hoe mijn privégegevens worden gebruikt of openbaar gemaakt voor het uitvoeren van behandelingen en betalingen voor gezondheidszorgoperaties. Ik begrijp ook dat u niet verplicht bent akkoord te gaan met de door mij gevraagde beperkingen, maar als u daarmee akkoord gaat, bent u verplicht zich aan dergelijke beperkingen te houden.

Patient naam: _____

Ouder of voogd (indien minderjarig): _____

Handtekening: _____ Datum: _____

ALLEEN KANTOOR GEBRUIK

Ik heb geprobeerd de handtekening van de patiënt te verkrijgen ter erkenning van de kennisgeving van privacypraktijken Bevestiging, maar kon dit niet doen, zoals hieronder gedocumenteerd.

Datum: _____ Initialen: _____

Redenering: _____