

Datum ____/____/____

Afspraak met Dr. _____

PATIËNTENREGISTRATIEFORMULIER

Rekeningnr. _____

Algemene chirurgie in Rochester**PATIËNT INFORMATIE**

Achternaam _____ Eerst _____ MI _____

Adres _____ Geschikt. # _____

Stad _____ ST _____ ZIP _____ E-mailadres _____

Telefoon thuis _____ Mobiele telefoon _____ Werktelefoon _____

Geboortedatum _____ Geslacht: mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐ Leeftijd _____ SS# _____-_____-____**Burgerlijke staat:** Enkel ☐ Getrouwd ☐ Weduwe ☐ Gescheiden ☐**Voorkeurstaal:** Engels ☐ Ander _____ **Etniciteit:** Spaans ☐ Latino ☐ Niet Spaans of Latino ☐**Race:** Afro-Amerikaans of zwart ☐ Amerikaans ☐ Amerikaanse Indianen of Alaskan ☐ Aziatisch ☐ Inheems Hawaïaans of anders ☐Ander ras wit ☐

Patiënt werkzaam bij _____ Bezigheid _____

Adres werkgever _____ Plaats _____ Staat _____ Postcode _____

Bedrijf's telefoon _____, toestel _____ Indien leerling, naam school _____

Is student: Fulltime ☐ Parttime ☐**INFORMATIE GARANTIE/ECHTGENOOT (indien niet hierboven)**

Naam _____ Relatie _____ Telefoonnummer _____

Adres _____ Stad _____ ST _____ Rits _____

Geboortedatum _____ Geslacht: Man ☐ Vrouwelijk ☐ Leeftijd _____ SS# _____-_____-____**VERWIJZENDE ARTS**

Naam arts _____ Telefoonnummer _____

Adres stad _____ ST _____ Ritssluiting _____

PRIMAIRE ZORGARTS INDIEN ANDERS DAN DE VERWIJZENDE ARTS

Naam arts _____ Telefoonnummer _____

Adres stad _____ ST _____ Ritssluiting _____

Contact in geval van nood _____ Relatie met jou _____

Werk telefoon nummer _____ Telefoonnummer thuis _____

Houdt het letsel/de ziekte verband met het werk? Ja Nee Zo ja, datum van het letsel _____

Is het letsel/de ziekte het gevolg van een ongeval? Ja Nee Zo ja, datum van het letsel _____

Soort ongeval Motorvoertuig (MVA) Anders (graag toelichten) _____

Verwijzingsbron: Familie ☐ Vriend ☐ Verzekeringsbedrijf ☐ Telefoonboek ☐ Ander ☐

Naam en adres van verwijzingsbron: _____

Kunnen we afspraakherinneringen achterlaten op het opgegeven huisnummer? Ja Kunnen ☐ Nee ☐wij per e-mail contact met u opnemen? Ja ☐ Nee ☐ Kunnen we sms'en naar uw mobiele telefoon? Ja ☐ Nee ☐

.....

Verzekeringsvergunning en -toewijzing: Hierbij draag ik, aan Rochester General Surgery, PLC de betaling over van medische vergoedingen onder mijn verzekeringspolis. Ik geef toestemming voor het vrijgeven van alle medische informatie die nodig is om deze voordelen vast te stellen. Deze machtiging blijft geldig totdat ik schriftelijk kennis heb gegeven van de intrekking van de machtiging.

Financiële overeenkomst: Ik begrijp dat ik financieel verantwoordelijk ben voor alle kosten, ongeacht of deze wel of niet door mijn verzekering worden gedekt, evenals eventuele eigen bijdragen en medeverzekeringen. In het geval dat een van deze kosten niet wordt betaald, begrijp ik dat ik juridisch verantwoordelijk ben voor alle kosten die verband houden met de inning van deze rekening, inclusief alle gerechtskosten, advocaatkosten en eventuele gemaakte kosten, mocht dit nodig zijn.

Toestemming om te behandelen: Ik vraag en geef toestemming aan mijn arts om medische/chirurgische zorg, tests, medicijnen en andere diensten en benodigdheden te verlenen en uit te voeren die door mijn arts noodzakelijk of nuttig worden geacht voor mijn gezondheid en welzijn. Ik erken dat er geen verklaringen, garanties of garanties met betrekking tot het resultaat of de genezing aan mij zijn gegeven of dat ik erop vertrouw.

Medicare-certificering: Ik verzoek dat betaling van geautoriseerde Medicare-uitkeringen aan mij of namens mij aan Rochester General Surgery, PLC wordt gedaan voor alle diensten die mij door die arts worden verleend. Ik machtig elke houder van medische informatie over mij om alle informatie die nodig is om dit vast te stellen, vrij te geven aan de Health Care Financing Administration en haar agenten

deze uitkeringen of de uitkeringen die voor aanverwante diensten worden betaald.

Ik begrijp dat mijn handtekening verzoekt om betaling en het vrijgeven van medische informatie die nodig is om de claim te betalen. In aan Medicare toegewezen gevallen stemt de arts of leverancier ermee in de kostenbepaling van de Medicare-vervoerder als de volledige kosten te aanvaarden, en is de patiënt alleen verantwoordelijk voor het eigen risico, co-assurantie en niet-gedekte diensten. De co-assurantie en het eigen risico zijn gebaseerd op de kostenbepaling van de Medicare-vervoerder.

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening ouder/voogd _____ Datum _____

.....

TELEFOONCONSUMENTENBESCHERMINGSWET VAN 1991

Door dit document te ondertekenen, ga ik ermee akkoord dat Rochester General Surgery, PLC en zijn externe dienstverleners op het gebied van facturering en/of incasso contact met mij kunnen opnemen, zodat Rochester General Surgery, PLC mijn rekening kan onderhouden of eventuele bedragen kan innen die ik verschuldigd ben. bellen op elk telefoonnummer dat aan mijn account is gekoppeld, inclusief draadloze telefoonnummers, waarvoor mogelijk kosten voor mij in rekening worden gebracht. Bovendien geef ik toestemming voor contact via sms-berichten of e-mails, via elk e-mailadres dat ik opgeef. Contactmethoden kunnen het gebruik van vooraf opgenomen/kunstmatige gesproken berichten en/of het gebruik van een automatisch kiesapparaat omvatten, indien van toepassing.

Ik/wij hebben deze openbaarmaking gelezen en geef uitdrukkelijk toestemming dat Rochester General Surgery, PLC, zijn dochterondernemingen en externe dienstverleners, contact met mij/ons mogen opnemen zoals hierboven beschreven.

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening ouder/voogd _____ Datum _____

ROCHESTER ALGEMENE CHIRURGIE

Medisch informatieformulier

Naam _____ **Datum** _____

Naam die bij voorkeur genoemd wordt: _____

Lijst met artsen: _____

Reden van bezoek: _____

Medische geschiedenis uit het verleden: (vink alles aan wat van toepassing is): # Zwangerschappen _____ # Leveringen _____

- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Coronaire hartziekte
- ☐ Hartaanval
- ☐ Tuberculose
- ☐ Terugvloeiing
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Insuline gebruik

- ☐ Pacemaker
- ☐ Longziekte
- ☐ Astma
- ☐ Aanvallen
- ☐ Perifere vaatziekte Nierziekte
- ☐
- ☐ Kanker

- ☐ Zweren
- ☐ Hartinfarct
- ☐ Onregelmatige hartslag
- ☐ Congestief hartfalen
- ☐ Hepatitis
- ☐ Schildklier
- ☐ Ander: _____

Eerdere operatie(s): _____

Medicijnen (doses): _____

Geneesmiddelallergieën: _____ **Latexallergie** _____

Alcohol: Ja Nee Type/hoeveelheid _____ Frequentie _____

Rookstatus: Vul in de velden in wanneer u bent begonnen, hoeveel en/of wanneer u bent gestopt.

- ☐ Elke dag: _____
- ☐ Voormalig: _____
- ☐ Op een dag: _____
- ☐ Nooit
- ☐ status onbekend
- ☐ Onbekend of hij ooit gerookt heeft

Drug gebruik: Ja nee Soort/hoeveelheid _____ Gebruik in het verleden _____

Hoogte: _____ **Gewicht:** _____

Familiegeschiedenis: Indien van toepassing, vermeld dan de verwantschap van het familielid.

- ☐ Hartziekte _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Ander: _____
- ☐ Bloedingsstoornissen _____
- ☐ Kanker/type _____
- ☐ Geen _____

Systeembeoordeling:

- ☐ Kortademigheid
- ☐ Misselijkheid/braken
- ☐ Pijn op de borst
- ☐ Hoest
- ☐ Diarree
- ☐ Veranderde darmgewoonten
- ☐ Koorts/rillingen
- ☐ Visuele stoornis
- ☐ Veranderde blaasgewoonten
- ☐ Duizeligheid
- ☐ Gehoorproblemen
- ☐ Slechte eetlust/gewichtsverlies
- ☐ Vermoeidheid/zwakte
- ☐ Zwakte in extremiteiten
- ☐ Overige

Andere medische informatie die u wilt verstrekken _____

BEVESTIGING VAN ONTVANGST VAN KENNISGEVING VAN PRIVACYPRAKTIJKEN

Door hieronder te ondertekenen, bevestig ik dat ik het formulier voor kennisgeving van privacypraktijken van dit kantoor heb gelezen of ontvangen.

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening ouder/voogd _____ Datum _____

Documentatie van het niet verkrijgen van een ondertekende bevestiging

Op _____, 20____, _____ heeft deze ontvangstbevestiging van de kennisgeving overhandigd van

Formulier voor privacypraktijken naar

(de patient). De patiënt weigerde desgevraagd een handtekening te zetten.

.....

TOESTEMMING VOOR GEBRUIK EN OPENBAARMAKING VAN UW GEZONDHEIDSINFORMATIE

Ons doel door u te vragen dit formulier te ondertekenen, is om te documenteren dat we u hebben geïnformeerd dat dit kantoor al uw gegevens mag gebruiken en openbaar maken

gezondheidsinformatie in ons bezit (gezamenlijk "Beschermd gezondheidsinformatie").

Het gebruik en de openbaarmaking door dit kantoor van uw Beschermd Gezondheidsinformatie is noodzakelijk en zal door dit kantoor worden gebruikt in verband met uw behandeling, het verkrijgen van betaling voor de behandeling en diensten die dit kantoor aan u levert en zodat dit kantoor zijn gezondheidszorg kan uitvoeren. activiteiten.

Voor een volledigere beschrijving van hoe dit kantoor uw beschermd gezondheidsinformatie kan gebruiken en openbaar maken, verzoeken wij u zorgvuldig het formulier voor kennisgeving van privacypraktijken door te nemen dat dit kantoor heeft opgesteld en u vandaag ter beschikking stelt. Zie ook ons formulier voor kennisgevingen van privacypraktijken voor een meer gedetailleerde bespreking van de betekenis van "behandeling", "betaling" en "zorgoperaties".

U HEBT HET RECHT OM ONS FORMULIER VOOR PRAKTIJKKENNIS TE BEKIJKEN VOORDAT U DEZE TOESTEMMING ONDERTEKENT. Houd er rekening mee dat het formulier voor kennisgeving van privacypraktijken van tijd tot tijd door dit kantoor kan worden herzien. ELK DERGELIJK HERZIEN FORMULIER VOOR KENNISGEVING VAN PRIVACYPRAKTIJKEN ZAL AAN U BESCHIKBAAR WORDEN GESTELD DOOR CONTACT OP TE NEMEN MET DANIEL

M. SULLIVAN, MD

U DIENT OOK HET FORMULIER VOOR PRIVACYPRAKTIJKEN ZORGVULDIG TE BEKIJKEN, OMDAT DIT EEN LIJST VAN RECHTEN BEVAT DIE VOOR U BESCHIKBAAR ZIJN MET BETREKKING TOT HET GEBRUIK EN DE OPENBAARMAKING VAN UW BESCHERMDE GEZONDHEIDSINFORMATIE DOOR DIT BUREAU. DEZE RECHTEN OMVATTEN UW RECHT OM BEPERKINGEN OP ONS GEBRUIK EN OPENBAARMAKING VAN UW BESCHERMDE GEZONDHEIDSINFORMATIE TE VERZOEKEN.

U HEBT HET RECHT OM DEZE TOESTEMMING TE ALLEN TIJDE IN TE TREKKEN. ALS U DEZE TOESTEMMING WILT INTREKKEN, MOET U DAT SCHRIFTELIJK DOEN.

DOOR HIERONDER TE ONDERTEKENEN, ERKENT U DAT U DEZE TOESTEMMING EN HET FORMULIER VOOR AANKONDIGING VAN PRIVACYPRAKTIJKEN VAN DIT KANTOOR HEBT GELEZEN EN BEGRIJPT. U ERKENT VERDER DAT U EEN KOPIE VAN HET FORMULIER VOOR PRIVACYPRAKTIJKEN VAN DIT KANTOOR HEBT ONTVANGEN, OM MEE TE NEMEN.

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening ouder/voogd _____ Datum _____

TOESTEMMING VOOR HET GEBRUIK OF OPENBAARMAKING VAN UW GEZONDHEIDSINFORMATIE

Door hieronder te tekenen, geef ik toestemming voor mijn gezondheidsgegevens, zoals specifiek omschreven als volgt: (de "Beschermd gezondheidsinformatie"), te gebruiken of openbaar te maken voor de volgende doeleinden:

_____. *[Als het gebruik of de openbaarmaking plaatsvindt op verzoek van de patiënt, typ dan "Op verzoek van de patiënt" in plaats van een specifiek doel.]*

De specifieke persoon of klasse van personen die bevoegd zijn om mijn Protected te gebruiken of openbaar te maken

Gezondheidsinformatie is:

De persoon of klasse van personen aan wie dit kantoor mijn Beschermd Gezondheidsinformatie mag gebruiken of openbaar maken

Zijn:

Deze machtiging vervalt op: _____

Ik begrijp dat ik het recht heb om deze toestemming in te trekken, als de intrekking schriftelijk gebeurt, behalve als dat zo is

- Dit bureau heeft actie ondernomen op basis van deze machtiging; of-
- Deze toestemming werd gegeven als voorwaarde voor het verkrijgen van verzekeringsdekking en de verzekeringsmaatschappij heeft het recht om een claim ingediend onder de verzekeringspolis te betwisten.

Ik begrijp dat ik deze toestemming kan intrekken door een schriftelijke kennisgeving aan Daniel te sturen

M. Sullivan, MD

Ik begrijp dat mijn Beschermd Gezondheidsinformatie die wordt gebruikt of openbaar wordt gemaakt op grond van de Autorisatie, onderworpen kan zijn aan heropenbaarmaking door de perso(n)en aan wie u deze hebt bekendgemaakt, en dat de privacy van mijn Beschermd Gezondheidsinformatie niet langer zal worden beschermd.

Ik bevestig dat ik deze machtiging heb gelezen en begrepen. Ik geef toestemming voor het gebruik van openbaarmaking van mijn

Beschermd gezondheidsinformatie in overeenstemming met de voorwaarden van de autorisatie.

Handtekening patiënt van handtekening van bevoegde vertegenwoordiger

Datum van ondertekening

Beschrijving van de bevoegdheid van de bevoegde vertegenwoordiger om voor de patiënt te tekenen: _____