

[Naam praktijk]

REGISTRATIEFORMULIER

Datum van vandaag: [Datum]				PCP: [PCP]	
PATIËNT INFORMATIE					
Achternaam van de patiënt: [Achternaam]		Eerste: [Voornaam]	Middelste initialen	[Kies een item]	Burgerlijke staat: [Kies een item]
Is dit uw wettelijke naam?	Zo nee, wat is uw officiële naam?		Oude naam:	Geboortedatum:	Leeftijd: Seks:
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	[Legale naam]		[Oude naam]	[Verjaardag]	[Leeftijd] <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Adres: [Adres/postbus, plaats, ST-postcode]					
Burgerservicenummer:		Telefoonnummer thuis:		Mobiel nummer:	
[SS#]		[Telefoon]		[Telefoon]	
Bezigheid:		Werkgever:		Telefoonnummer werkgever:	
[Bezigheid]		[Werkgever]		[Telefoon]	
Kliniek gekozen omdat/naar kliniek verwezen door (kies één optie): <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="radio"/> [naam dokter] <input type="radio"/> [Kies een item] </div>					
Andere familieleden die hier te zien zijn: [Andere patiënten]					
VERZEKERINGSINFORMATIE					
(Gelieve uw verzekeringspas af te geven aan de receptioniste.)					
Verantwoordelijke voor de factuur:	Geboortedatum:	Adres (indien verschillend):		Telefoonnummer thuis:	
[Verantwoordelijke partij]	[Verjaardag]	[Adres]		[Telefoon]	
Is deze persoon hier patiënt?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Is deze patiënt verzekerd?		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
Bezigheid:	Werkgever:	Adres werkgever:		Telefoonnummer werkgever:	
[Bezigheid]	[Werkgever]	[Adres]		[Telefoon]	
Geef de primaire verzekering aan: [Kies een item] Anders: [Andere verzekeringen]					
Naam van de abonnee:	SS-nr. van de abonnee:	Geboortedatum:	Groepsnummer:	Beleid Nee.:	Eigen bijdrage:
[Naam]	[SS#]	[Verjaardag]	[Groep #]	[Beleid #]	\$(Co-betaling)
Relatie van patiënt met abonnee: [Kies een item] Anders: [Relatie met abonnee]					
Naam secundaire verzekering (indien van toepassing):		Naam van de abonnee:		Groepsnummer:	Beleid Nee.:
[Secundaire verzekering]		[Naam]		[Groep #]	[Beleid #]
Relatie van patiënt met abonnee: [Kies een item] Anders: [Relatie met abonnee]					
BIJ NOODGEVALLEN					
Naam van lokale vriend of familielid (niet woonachtig op hetzelfde adres):		Relatie tot de patiënt:	Telefoonnummer thuis:	Telefoonnummer werk:	
[naam vriend of familielid]		[Relatie]	[Telefoon]	[Telefoon]	
De bovenstaande informatie is voor zover ik weet waar. Ik geef toestemming dat mijn verzekeringsuitkeringen rechtstreeks aan de arts worden betaald. Ik begrijp dat ik financieel verantwoordelijk ben voor elk saldo. Ik machtig [Naam praktijk] of verzekeringsmaatschappij ook om alle informatie vrij te geven die nodig is om mijn claims te verwerken.					
Handtekening patiënt/voogd			Datum		