

PATIËNTENREGISTRATIE – WESTERN NEUROSURGERY, LTD.

(VUL ALSTUBLIEFT ALLE VELDEN IN)

Patient naam (Volledige naam): Laatste eerste middelste _____

Verantwoordelijke partij (Ouder, indien minderjarig): _____

Woonadres: _____ Stad, staat, postcode: _____

Postadres: _____ Stad, staat, postcode: _____

Telefoon thuis: (____) _____ Telefoon zakelijk: (____) _____ Mobiele telefoon: (____) _____

Geslacht: Vrouw/Man Geboortedatum: ____/____/____ Sociale sec #: ____-____-____

Bezoek aangevraagd door: _____ Indien arts: Adres: _____ Telefoon: (____) _____
(Voornaam) (Achternaam)Eerstelijnsarts: _____ Adres en telefoonnummer: _____
(Voornaam) (Achternaam)

Burgerlijke staat: Alleenstaand/Getrouwd/Weduwe/Anders Omcirkel alles wat van toepassing is: Werkende voltijdstudent Deeltijdstudent Werkloos

Werkgever/school van de patiënt: Naam _____ Adres: _____ Telefoon: (____) _____

Naam echtgeno(o)t(e): _____ Werkgever van echtgeno(o)t(e): _____ Telefoon: (____) _____

Dichtstbijzijnde familielid die niet bij u woont (volledige naam en telefoonnummer): _____ (____) _____

Primaire verzekeringsmaatschappij: _____ Secundaire verzekeringsmaatschappij: _____

Verzekeringsadres: _____

Verzekeringsadres: _____

ID-nr.: _____ Groep/Claimnr.: _____

ID #: _____ Groep/Claim #: _____

Eigen bijdragebedrag: _____

Eigen bijdragebedrag: _____

Naam verzekeringnemer: _____

Naam verzekeringnemer: _____

Geboortedatum verzekeringnemer: ____/____/____

Geboortedatum verzekeringnemer: ____/____/____

Geslacht verzekeringnemer: Vrouw/Man

Geslacht verzekeringnemer: Vrouw/Man

Relatie met patiënt: (Zelf) (Echtgenoot) (Kind) (Anders)

Relatie met patiënt: (Zelf) (Echtgenoot) (Kind) (Anders)

Werkgever van verzekeringnemer: _____

Werkgever van verzekeringnemer: _____

Socialezekerheidsnummer verzekeringnemer: ____-____-____

Socialezekerheidsnummer verzekeringnemer: ____-____-____

Als dit bezoek verband houdt met een WERKgerelateerd letsel OF een AUTO-ongeval, vul dan de volgende informatie in:

Industrie-/autoverzekeringsmaatschappij: _____ Adres: _____

Telefoon: _____ Claimnr.: _____ Naam van de schade-expert: _____

Datum van blessure/MVA: _____

Bij arbeidsongeval: Werkgever op het moment van het letsel: _____ Telefoonnummer werkgever: (____) _____

Is zaak open?(Gelieve te omcirkelen) Ja nee Ondersteunende zorgprijs:(Gelieve te omcirkelen) Ja nee

Vrijgave van medische dossiers en toewijzing van uitkeringen

Hierbij machtig ik de artsen van Western Neurosurgery, Ltd. om alle informatie die ik tijdens mijn onderzoek of behandeling heb verkregen, vrij te geven aan mijn verzekeringsmaatschappij, HMO, AHCCCS- ziekenhuizen (AZ Health Care Cost Containment Systems) of het kantoor van de verwijzende arts. Ik autoriseer de toewijzing van uitkeringen en betaling rechtstreeks aan Western Neurosurgery, Ltd. en ga ermee akkoord alle kosten te betalen die hoger zijn dan of niet worden gedekt door de verzekering, inclusief eventuele advocaat- en incassokosten die voor incassadoeleinden worden gemaakt. Een fotokopie van deze vrijgave en opdracht is net zo geldig als het origineel.

Handtekening: _____ Datum: _____

Indien de handtekening anders is dan die van de patiënt, relatie tot de patiënt: _____

WESTELIJKE NEUROSURGERIE, LTD.

Privacy van patiënten. Onze praktijk hecht veel belang aan het waarborgen van de privacy van uw gezondheidsgegevens. Daarom hebben wij bij de receptie de Kennisgeving over Privacypraktijken van onze praktijk opgehangen. U bent niet verplicht deze mededeling te lezen. We willen echter graag dat u erkent dat u ervan op de hoogte bent gesteld dat de praktijk een dergelijke kennisgeving van privacypraktijken heeft.

Print naam: _____

Handtekening _____ Datum _____

Vermeld de namen van uw echtgeno(o)t(e)/partner en/of kinderen die uw medische gegevens met ons kunnen ontvangen en/of bespreken.

NAAM/RELATIE

TELEFOON

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Deze kennisgeving geeft ons toestemming om berichten over afspraken, laboratoriumresultaten, enz. achter te laten op de nummers die u op uw registratieformulier hebt vermeld. Dit machtigt ons ook om informatie over uw gezondheid vrij te geven aan de hierboven genoemde namen.

Print naam: _____

Handtekening _____ Datum _____

WESTELIJKE NEUROSURGERIE, LTD.

BELEID VOOR PATIËNTENVERANTWOORDELIJKHEID:

PATIËNTEN ZIJN VERANTWOORDELIJK VOOR CONTROLE BIJ HUN HUIDIGE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ OVER OF ONZE ARTSEN EEN CONTRACT HEBBEN MET HUN VERZEKERINGSPLAN. Wij sluiten niet met alle verzekeringen een contract af.

KOSTEN: Wij moeten voldoen aan de regelgeving van de verzekeringsmaatschappijen, daarom zijn onze tarieven vast. Als uw verzekering NIET 100% van de door ons gecontracteerde kosten BETAALT, bent u voorafgaand aan elk bezoek verantwoordelijk voor uw rekeningsaldo. Als wij GEEN contract hebben met uw verzekeringsplan, wordt de betaling verwacht op het moment van service.

COPAYS: Alle copays worden geïnd wanneer u arriveert voor uw afspraak. Als u op het moment van de dienst niet bereid bent uw eigen bijdrage te betalen, wordt uw afspraak verplaatst.

ZELF BETALEN: Voor alle doktersbezoeken moet worden betaald op het moment dat de diensten worden verleend.

SALDO VAN DE PATIËNT: ALLE REKENINGSSALDO'S ZULLEN, NADAT DE VERZEKERING IS VERWERKT, ZIJN VOLLEDIG BINNEN 30 DAGEN.

COLLECTIES: Elke patiënt die is geplaatst **COLLECTIES** dient het eventueel aan de praktijk verschuldigde saldo en de incassokosten te voldoen **VOORAFGAAND** om weer gezien te worden in onze praktijk.

APOTHEEKINFORMATIE:

Vul uw apotheekgegevens in:

Uw naam: _____

Naam apotheek: _____

Telefoonnummer apotheek: _____ Fax: _____

Apotheekadres: _____

Navulrecepten worden alleen verstrekt voor medicijnen die zijn voorgeschreven door westerse neurochirurgische artsen. Als u een navulling nodig heeft, neem dan contact op met uw apotheek. Als uw recept een verdovend middel is, bel dan 72 uur voordat uw recept op is, ons kantoor.

Handtekening patiënt: _____

Datum: _____

WESTELIJKE NEUROSURGERIE, LTD.

De Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act, uitgevaardigd als onderdeel van de American Recovery and Reinvestment Act van 2009, werd op 17 februari 2009 tot wet ondertekend om de adoptie van zinvol gebruik van gezondheidsinformatietechnologie te bevorderen. Ondertitel D van de HITECH-wet gaat gedeeltelijk in op de privacy- en veiligheidsproblemen die verband houden met de elektronische overdracht van gezondheidsinformatie, door middel van verschillende bepalingen, en versterkt de civiele en strafrechtelijke handhaving van de HIPAA-regels.

Om aan de bovenstaande wet te voldoen, is Western Neurosurgery, Ltd. verplicht om specifieke documentatie voor uw elektronische medische dossier te verkrijgen.

Vul het volgende in:

Uw naam: _____

RACE (omcirkel a.u.b.):

AMERIKAANS INDISCH/ALASKAANSE INHEEMSE

AZIATISCH

ZWART/AFRIKAANS-AMERIKAANS

SPAANSCH

INHEEMSE HAWAIIAANS

ANDERE PACIFIC EILANDER

WIT

ANDER