

FORMULARZ REJESTRACYJNY

Wszystkie formularze muszą być wypełnione i podpisane przed wizytą

INFORMACJA OGOLNA

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Telefon Domowy: _____ Telefon do pracy: _____

Telefon komórkowy: _____ E-mail adres: _____

Data urodzenia: _____ Numer Social Security: _____

Zakreśl odpowiednio: Kobieta Mężczyzna

Lekarz ogólny: _____ Telefon: _____ Miasto: _____

Imię i nazwisko lekarza który Cię skierował: _____

Telefon: _____ Miasto: _____

Cel wizyty: (zakreśl jedno) Wypadek w pracy Wypadek samochodowy Ubezpieczenie Bez Ubezpieczenia

Twój status: (zakreśl jedno) Samotny(a) Zonaty(a) Wdowiec(Wdowa) Rozwiedziony(a)

Student: (zakreśl jedno) Pełny etat Poł etatu

Imię i nazwisko żony lub męża: _____

Data urodzenia żony lub męża: _____ Numer Social Security: _____

MIEJSCE ZATRUDNIENIA

Nazwa pracodawcy / pierwotnego posiadacza ubezpieczenia _____ Numer telefonu: _____

Adres: _____

Nazwa pracodawcy / wtórnego posiadacza ubezpieczenia _____

Adres: _____

Czy wypadek stał się w pracy? (zakreśl jedno) TAK NIE **Jeżeli zakresliłes/zakresliłaś TAK, proszę o wypełnienie Workman's Compensation formularza który się mieści w rejestracyjnych papierach.**

INFORMACJA O UBEZPIECZENIU

Nazwa Ubezpieczenia: _____ Numer Telefonu: _____

Adres pocztowy: _____

Imię i nazwisko osoby na ubezpieczeniu: _____

ID numer: _____ Group numer: _____

Pokrewienstwo z pacjentem: _____ Data urodzenia: _____ Numer Social Security: _____

Nazwa drugożednego ubezpieczenia: _____ Numer telefonu: _____

Adres pocztowy: _____

Imię i nazwisko osoby na ubezpieczeniu: _____

ID numer: _____ Group numer: _____

Pokrewienstwo z pacjentem: _____ Data urodzenia: _____ Numer Social Security: _____

Imie i nazwisko pacjenta: _____ Numer identyfikacyjny: _____

INFORMACJA PORECZYCIELA

Zakresl tylko wtedy jak pacjent jest maloletni/maloletnia

TA CZESC MUSI BYC WYPELNIONA PRZEZ RODZICA/PORECZYCIELA ZE LECZENIE JEST UPOWAZNIONE

Główny Poreczyciel/Rodzic/Opiekuna Imie: _____

Adres: _____

Domowy Numer Telefonu: _____ Telefon do pracy: _____

Pokrewienstwo z pacjentem: _____ Data urodzenia: _____ Numer Social Security: _____

Wtórny Poreczyciel/Rodzic/Opiekuna Imie: _____

Adres: _____

Domowy Numer Telefonu: _____ Telefon do pracy: _____

Pokrewienstwo z pacjentem: _____ Data urodzenia: _____ Numer Social Security: _____

PROSIMY O WAZNY IDENTYFIKACYJNY DOWOD ORAZ KARTE UBEZPIECZENIOWA

ZGODA NA USLUGI OPEKI ZDROWOTNEJ

Ja, pacjent ponizej podpisany, lub ponizej podpisana osoba odpowiedzialna za wyrazenie zgody w imieniu pacjenta, wyrazam zgode do Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers do badania i leczenia przez medyczny i pielegniarski personel, ktory uczestniczy w opiece nad pacjentem. Oświadczam, ze wszystkie informacje zawarte w niniejszym dokumencie sa prawdziwe i zgodne z moja najlepsza wiedza.

Udzielam Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers prawo do moich swiadczen medycznych w ramach mojej polisy ubezpieczeniowej. Wyrazam zgode na udostepnienie wszelkich informacji medycznych potrzebnych do ustalenia mojego leczenia. Niniejsze zezwolenie zachowuje waznosc do dnia dopoki odwolam pelnomocnictwo i zawiadomie klinike w formie pisemnej.

Rozumie, ze moj co-pay, bedzie zebrany przed wizyta. Jezeli nie jestem w stanie go zaplacic, moja wizyta bedzie przelozona na inny termin. Rozumie ze wszystkie odwolania wizyt musza byc dokonane co najmniej z 24-tero godzinnym wyprzedzeniem. Rozumie, ze kwota \$10.00 dolarow opłaty bedzie wymagana za wszystkie odwolane wizyty z mniej niz 24-tero godzinnym zawiadomieniem. Rozumie, ze kwota \$25.00 dolarow opłaty bedzie wymagana za wszystkie odwolane wizyty bez telefonicznego zawiadomienia kliniki. Jezeli nie przyjde na wizyte 3 razy pod rzad i nie zawiadomie kliniki, spowoduje to zwolnienie z leczenia kliniki Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers.

Wyrazam zgode opłaty za jakiegokolwiek leczenie przeprowadzone przez lekarza z moim upowaznieniem.

Rozumie, ze jestem odpowiedzialny/odpowiedzialna finansowo za wszelkie opłaty, nawet wtedy kiedy nie sa one objete pod moim planem ubezpieczeniowym. Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers sa zaangażowane w dostarczaniu najlepszego leczenia dla naszych pacjentow i naszej kliniki. Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers nie czeka na rozstrzygnięcia sie spraw sadowych. Odsetki od 1½ % co miesiac do 9% rocznie beda pobierane po 60 dniach. Upowazniony, zatwierdzony plan platnoscí wyeliminuje koszta odsetek i kolekcji. Rozumie, ze jestem odpowiedzialny/odpowiedzialna za wszelkie nalezne opłaty, w tym nie ograniczajac wszelkich opłat adwokackich, kosztow sadowych, oraz poniesionych wydatkow i odsetek od dnia mojej pierwszej konsultacji z lekarzem w Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers.

Pacjent / Główny Poreczyciel / Rodzic / Opiekun Podpis

Data

Wspolmalzonek/Wspolmalzonka /Wtórny Poreczyciel / Rodzic / Opiekun Podpis

Data

Podpis Posiadacza prywatnej polisy ubezpieczeniowej

Data

Imie i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____ Wzrost: _____ Waga: _____

Zawod: _____

Zakresl odpowiednie: Prawo-reczny(a) Lewo-reczny(a)

Powod twojej wizyty: _____

Data wypadku: _____

Czy Twój wypadek stal sie w pracy: (Zakresl odpowiednie) TAK NIE

Czy byles/bylas leczony(a) wczesniej z powodu tego wypadku: (Zakresl odpowiednie) TAK NIE

Jesli tak, w jaki sposob: _____

Czy masz nastepujace dolegliwosci?

TAK	NIE	TAK	NIE
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___
___	___	___	___

Podaj liste lekow ktore aktualnie bierzesz:

Ilosc

Jak czesto

Czy masz alergije do lekow? / Lateks TAK ___ NIE ___ Jesli tak, co: _____

Czy palisz? TAK ___ NIE ___ Jesli tak, jak duzo? _____

Czy pijesz alkohol? TAK ___ NIE ___ Jesli tak, jak duzo? _____

Poprzednie operacje: TAK / NIE Jakie: _____

Czy miales/mialas szczepionke na tezec? TAK / NIE Jesli tak, kiedy? _____

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

Imie i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Zaznacz ktore objawy masz teraz lub miales/mialas **w ciagu ostatnich trzech miesiecy:**

OGOLNE

TAK	NIE	
___	___	Dreszcze
___	___	Depresja
___	___	Zawroty glowy
___	___	Utrata przytomosci
___	___	Goraczka
___	___	Bol glowy
___	___	Utrata snu
___	___	Utrata wagi
___	___	Wzrost wagi
___	___	Nerwowosc
___	___	Poty

ZOLADKOWO/JELITOWE

TAK	NIE	
___	___	Utrata apetytu
___	___	Nadetnosc
___	___	Zatwardzenie
___	___	Biegunka
___	___	Mdlosci
___	___	Krwawienie z odbytu
___	___	Bol zoladka
___	___	Wymioty
___	___	Wymioty krwia

MIESNIE/STAWY

TAK	NIE	bol, cierpienie, slabosc w:
___	___	Rece
___	___	Plecy
___	___	Stopy
___	___	Dlonie
___	___	Biodra
___	___	Nogi
___	___	Szyja
___	___	Bark

MOCZOWE

TAK	NIE	
___	___	Krew w moczu
___	___	Czeste oddawanie moczu
___	___	Nie trzymanie moczu
___	___	Bol podczas oddawanie moczu

SKORNE

TAK	NIE	
___	___	Latwe siniaczenie
___	___	Bable
___	___	Swedzenie
___	___	Wysypka
___	___	Blizny
___	___	Zmiany w pieprzyku
___	___	Niejojaca sie blizna

KRAZENIOWE

TAK	NIE	
___	___	Bol w klatce piersiowej
___	___	Nieregularne bicie serca
___	___	Niskie cisnienie
___	___	Szybkie bicie serca
___	___	Spuchniete kostki
___	___	Zylaki

OCZY/UCHO/NOS/GARDLO

TAK	NIE	
___	___	Krwawinie dziasel
___	___	Ochrypniecie
___	___	Krwawinie z nosa
___	___	Przewlekly kaszel
___	___	Dzwonienie w uszach

DLA KOBIET

TAK	NIE	
___	___	Nieprawidlowy wynik wymazu
___	___	Krwawienie pomiedzy okresem
___	___	Nagle naplywy goraca
___	___	Badanie piersi
___	___	Ciaza

Data ostatniego wymazu _____
Data ostatniego okresu _____
Liczba dzieci _____

Ponizsza informacja nie bedzie nigdzie wydana i bedzie uzyta tylko i wylacznie przez nasza klinike.

Zakresl jesli miales/mialas lub masz ponizsze uzaleznienia

AIDS/HIV

ALKOHOLIZM

UZALEZNIENIE OD NARKOTYKOW

PSYCHIATRYCZNA POMOC

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

Podpis doktora: _____ Data: _____

ZADNA INFORMACJA PACJENTA NIE ZOSTANIE WYDANA BEZ UPOWAZNIENIA PACJENTA

Imie pacjenta: _____ Data urodzenia: _____ Social Security Numer: _____

To potwierdzenie powiadamia pacjenta w jaki sposob mozemy uzyc i ujawnic twoja chroniona informacje zdrowotna. Chroniona informacja zdrowotna oznacza ze moze byc wykorzystana do Twojej identyfikacji i odnosi sie do Twojej przeszlosci, terazniejszosci, i przyszlosci fizycznego i psychicznego zdrowia. Rowniez opisuje Twoje prawa i nasze obowiazki w odniesieniu do Twojej chronionej informacji zdrowotnej. Prawo wymaga, abys otrzymal/otrzymala kopie tego potwierdzenia.

Moj podpis potwierdza, ze zostalem/zostalam otrzalem/otrzymalam kopie potwierdzenia prywatnosci od Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers podczas rejestracji.

Podpis: _____ Data: _____

UPOWAZNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTOW MEDYCZNYCH

Wyrazam zgode na wydanie dokumentow medycznych ponizej zaznaczonym placowka/osoba:

- () Klinika ktora mnie skierowala / miejsce zatrudnienia / przedstawiciel mojego miejsca zatrudnienia gdzie doznalem wypadku, jak rowniez lekarz i personel medyczny zaangażowany w mojej opiece medycznej.
() Lekarz ktory mnie skierowal jak rowniez personel medyczny zaangażowany w mojej opiece medycznej.
() Mojemu lekarzowi ogolnemu.
() Mojemu prywatnemu ubezpieczeniu.
() Mojemu miejscu zatrudnienia: _____
Nazwa miejsca zatrudnienia

Podpis: _____ Data: _____

UPOWAZNIENIE DO KONTAKTOWANIA SIE Z PACJENTEM

Na jaki numer telefoniczny mozemy zadzwonic aby skontaktowac sie z pacjentem lub zostawic wiadomosc dotyczaca terminow wizyty pacjenta lub szczegolow zwiazanych z platnosciami pacjenta? (Prosze zakresl ponizej TAK lub NIE)

Telefon domowy: TAK NIE Telefon miejsca zatrudnienia: TAK NIE Telefon komorkowy: TAK NIE

Kogo upowazniasz, innego niz siebie, do otrzymywania informacji dotyczacej Twego leczenia, terminow wizyt, lub platnosci?
(Zakresl jedno) TAK NIE

Jezeli upowazniasz kogos innego niz siebie, prosze o podanie imienia i nazwiska, pokrewienstwo i numer telefonu:

Imie: _____ Pokrewienstwo: _____ Telefon: _____
Imie: _____ Pokrewienstwo: _____ Telefon: _____
Imie: _____ Pokrewienstwo: _____ Telefon: _____

Podpis: _____ Data: _____

WAZNA INFORMACJA O UBEZPIECZENIU / PLATNOSCI

Pacjenci z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym:

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne przedstawione w czasie Twojej wizyty będzie użyte w celu Twojego leczenia. Pacjenci z planem HMO, muszą dostarczyć skierowanie od lekarza ogólnego przed wizytą. Zrobimy wszystko aby wniosek o leczeniu był szybko i prawidłowo złożony do firmy ubezpieczeniowej. Twoje ubezpieczenie ma 30 dni od daty otrzymania wniosku aby zapłacić lub powiadomić dlaczego wniosek nie został zapłacony. Po tym czasie pozostałe koszty będą twoją odpowiedzialnością. Jeśli nie jesteś zadowolony/zadowolona z płatności dokonanej przez Twoją firmę ubezpieczeniową, proszę skontaktuj się z nimi na podany numer na Twojej karcie ubezpieczeniowej. Jeżeli zdecydujesz się apelować wniosek do firmy ubezpieczeniowej pisemnie o dodatkową opłatę, prosimy o przesłanie kopii listu do Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers abyśmy mogli umieścić go w Twojej informacji medycznej.

Pacjenci z ubezpieczeniem samochodowym / wypadkowym:

Jeżeli wypadek był spowodowany podczas wypadku samochodowego i masz prywatne ubezpieczenie zdrowotne, zwykle Twoje prywatne ubezpieczenie zdrowotne nie dokona płatności za Twoje rachunki medyczne bez pisemnej odmowy od ubezpieczenia samochodowego. Jest bardzo ważne, aby wszelkie informacje dotyczące wypadku i ubezpieczenia samochodowego były dostarczone w czasie wizyty, włącznie z numerem wniosku, informacja agenta ubezpieczeniowego, adres do ubezpieczenia, kopia raportu wypadkowego, itp.

Pacjenci bez prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego / Samo placacy:

Jeżeli prywatne ubezpieczenie zdrowotne nie jest przedstawione w czasie Twojej wizyty, pełna zapłata lub zatwierdzony plan płatnościowy będzie ustalony w czasie wizyty.

Pacjenci z Illinois Department of Public Aid - IDPA (Medicaid):

IDPA nie jest akceptowane przez Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers. Pełna zapłata lub zatwierdzony plan płatnościowy będzie ustalony w czasie wizyty.

DLA WSZYSTKICH PACJENTÓW

- *Każda polisa ubezpieczeniowa to umowa pomiędzy Tobą a firmą ubezpieczeniową.
- *Twoim obowiązkiem jest sprawdzenie z ubezpieczeniem czy usługodawca jest lub nie jest w sieci Twojego planu.
- *Wszelkie nieuregulowane rachunki pozostawione przez Twoje ubezpieczenie będą Twoją odpowiedzialnością.
- *Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane bezpośrednio do pacjenta, muszą być przekazane do Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers aby utrzymać uregulowane konto/płatności za opiekę medyczną.
- *Jeśli masz prawnika, jest bardzo ważne aby dostarczyć jego informacje do Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers.
- *Plany płatności mogą być ustalone tylko i wyłącznie po porozumieniu się z naszym działem rozliczeń.
- *Gotówka, czek, lub karty kredytowe są akceptowane w celu płatności. .
- *Jeżeli masz jakiegokolwiek pytania związane z płatnościami/rachunkiem, skontaktuj się z naszym działem rozliczeń.

Zapłata karta kredytowa:

Wyrażam zgodę do Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers aby użyć moją kartę kredytową za co-pay, nie objęte usługi, lub inne płatności, które są moją odpowiedzialnością, jeśli te płatności nie są zapłacone w terminie 45 dni od czasu wizyty.

Typ karty kredytowej: _____ Numer karty kredytowej: _____ ID#: _____ Data ważności: _____

Podpisując poniżej pacjent przyznaje że przeczytał powyższe informacje, rozumie te informacje i otrzyma kopie tej formy.

Imię i Nazwisko (Drukowane)

Podpis

Data