

### 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            Pol 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 zakresliłeś/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. Oswiadczam, 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 kosztu 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: \_\_\_\_\_

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 sposób możemy użyć i ujawnić twoją chronioną informację zdrowotną. Chroniona informacja zdrowotna oznacza że może być wykorzystana do Twojej identyfikacji i odnosi się do Twojej przeszłości, teraźniejszości, i przyszłości fizycznego i psychicznego zdrowia. Również opisuje Twoje prawa i nasze obowiązki w odniesieniu do Twojej chronionej informacji zdrowotnej. Prawo wymaga, abyś otrzymał/otrzymała kopie tego potwierdzenia.

Mój podpis potwierdza, że zostałem/zostałam otrzymanem/otrzymałam kopie potwierdzenia prywatności od Chicago Hand & Orthopedic Surgery Centers podczas rejestracji.

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

**UPOWAZNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH**

Wyrażam zgodę na wydanie dokumentów medycznych poniżej zaznaczonym placówką/osobą:

- ( ) Klinika która mnie skierowała / miejsce zatrudnienia / przedstawiciel mojego miejsca zatrudnienia gdzie doznałem wypadku, jak również lekarz i personel medyczny zaangażowany w mojej opiece medycznej.  
( ) Lekarz który mnie skierował jak również personel medyczny zaangażowany w mojej opiece medycznej.  
( ) Mojemu lekarzowi ogólnemu.  
( ) Mojemu prywatnemu ubezpieczeniu.  
( ) Mojemu miejscu zatrudnienia: \_\_\_\_\_  
Nazwa miejsca zatrudnienia

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

**UPOWAZNIENIE DO KONTAKTOWANIA SIĘ Z PACJENTEM**

Na jaki numer telefoniczny możemy zadzwonić aby skontaktować się z pacjentem lub zostawić wiadomość dotyczącą terminów wizyty pacjenta lub szczegółów związanych z płatnościami pacjenta? (Proszę zakreślić poniżej TAK lub NIE)

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

Kogo upowazniasz, innego niż siebie, do otrzymywania informacji dotyczącej Twojego leczenia, terminów wizyt, lub płatności?  
(Zakreśl 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