ALLIED | PHYSICAL THERAPY PLLC

Rejestracja pacjenta

Przyjęcie pacjentów z ubezpieczeniem komercyjnym i Medicare

Prosimy o uzupełnienie wszystkich odpowiednich informacji, abyśmy mogli przetworzyć zgłoszenie do ubezpieczyciela.

DZISIEJSZA DATA | **NAZWISKO** | **IMIĘ / INICJAŁ**

DATA URODZENIA | **TELEFON** | **TELEFON KOMÓRKOWY**

ADRES E-MAIL | **ŹRÓDŁO SKIEROWANIA**

ADRES (ULICA)

MIEJSCOWOŚĆ | **STAN** | **KOD POCZTOWY**

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE

UBEZPIECZYCIEL | **IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO**

NUMER POLISY / ID CZŁONKA | **NUMER GRUPY**

RELACJA Z PACJENTEM | **TELEFON UBEZPIECZYCIELA**

UBEZPIECZENIE DODATKOWE (JEŚLI DOTYCZY)

UBEZPIECZYCIEL / IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO | **NUMER POLISY / ID CZŁONKA**

NUMER GRUPY | **RELACJA Z PACJENTEM**

Kwestionariusz zdrowia pacjenta

Objawy, sprawność i cele leczenia

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA

1. GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ I KIEDY ZACZĘŁY SIĘ OBJAWY

SZCZEGÓŁY OBJAWÓW

2. CZĘSTOTLIWOŚĆ Stały Częsty Sporadyczny Przerywany

3. RODZAJ Ostry Strzelający Tępy ból Piekący Drętwienie Mrowienie **INNE**

4. OBJAWY Ustępują Bez zmian Nasilają się

5. OCENA BÓLU Najgorszy (0-10) Najlepszy (0-10) Obecny (0-10)

6. WPŁYW NA CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO Brak Łagodny Umiarkowany Ciężki

7. CZYNNOŚCI NASILAJĄCE OBJAWY

8. CZYNNOŚCI ŁAGODZĄCE OBJAWY

9. DOTYCHCZASOWI LEKARZE, TERAPIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE (Z DATAMI)

10. PODOBNE OBJAWY WCZEŚNIEJ? Tak Nie

11. CELE LECZENIA

Zmniejszyć objawy Wrócić do aktywności Zrozumieć schorzenie

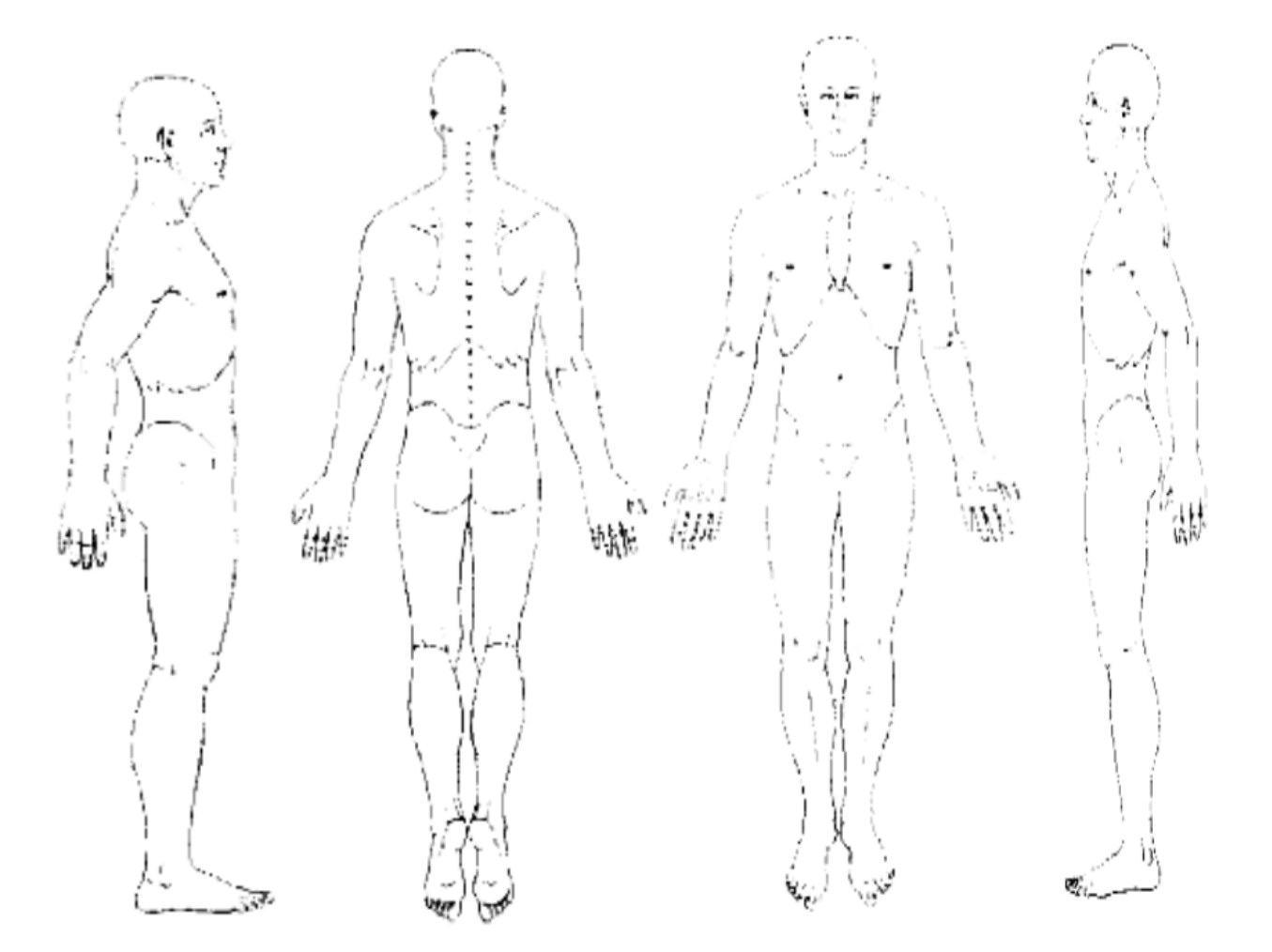
Samodzielne radzenie sobie Zapobiec nawrotom

Schemat bólu ciała

Zaznacz X – ból, N – drętwienie, T – mrowienie

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA



DODATKOWE UWAGI / LOKALIZACJA OBJAWÓW

Wywiad medyczny pacjenta

Zaznacz Przeszłe i/lub Aktualne dla każdego schorzenia

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA

ĆWICZENIA Brak Lekka Umiarkowany Intensywna

WZROST

WAGA

SCHORZENIA | P = PRZESZŁE / A = AKTUALNE

P	A	Bóle głowy	P	A	Ogólne zmęczenie	P	A	Utrata apetytu
P	A	Ból szyi	P	A	Zaburzenia koordynacji mięśni	P	A	Ból brzucha
P	A	Ból górnej części pleców	P	A	Zaburzenia widzenia	P	A	Wrzód
P	A	Ból środkowej części pleców	P	A	Zawroty głowy	P	A	Zapalenie wątroby
P	A	Ból dolnej części pleców	P	A	Wysokie ciśnienie krwi	P	A	Choroby wątroby / woreczka
P	A	Ból barku	P	A	Zawał serca	P	A	Nowotwór
P	A	Ból łokcia / ramienia	P	A	Ból w klatce piersiowej	P	A	Guz
P	A	Ból nadgarstka	P	A	Udar mózgu	P	A	Astma
P	A	Ból dłoni	P	A	Dławica piersiowa	P	A	Przewlekłe zapalenie zatok
P	A	Ból biodra / uda	P	A	Kamienie nerkowe	P	A	Cukrzyca
P	A	Ból kolana / podudzia	P	A	Choroby nerek	P	A	Nadmierne pragnienie
P	A	Ból kostki / stopy	P	A	Zakażenie pęcherza	P	A	Częste oddawanie moczu
P	A	Ból szczęki	P	A	Bolesne oddawanie moczu	P	A	Palenie tytoniu
P	A	Obrzęk / sztywność stawów	P	A	Nietrzymanie moczu	P	A	Uzależnienie od narkotyków / alkoholu
P	A	Zapalenie stawów	P	A	Problemy z prostatą	P	A	Alergie
P	A	Reumatoidalne zapalenie stawów	P	A	Zmiany masy ciała	P	A	Depresja

DODATKOWE INFORMACJE ZDROWOTNE

INNE SCHORZENIA, CIĄŻA, TERAPIA HORMONALNA, LEKI LUB ALERGIE

WYWIAD RODZINNY (CHOROBY SERCA, CUKRZYCA, NOWOTWORY, TOCZEŃ, REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW, INNE)

Wywiad medyczny i codzienne czynności

Dodatkowy wywiad i ograniczenia funkcjonalne

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

DATA

LEKI (NA RECEPTĘ, BEZ RECEPTY I SUPLEMENTY)

OPERACJE / HOSPITALIZACJE (PODAJ DATY)

CODZIENNE CZYNNOŚCI – ZAZNACZ TE, KTÓRE SPRAWIAJĄ TRUDNOŚĆ

- Siadanie / wstawanie z krzesła
- Wsiadanie / wysiadanie z samochodu
- Kładzenie się / wstawanie z łóżka
- Kąpiel / prysznic
- Korzystanie z toalety
- Chodzenie na dłuższe dystanse
- Sprzątanie domu
- Przygotowywanie posiłków
- Pranie / prace domowe
- Prowadzenie samochodu
- Noszenie paczek
- Wchodzenie po schodach
- Schodzenie po schodach
- Ubieranie się
- Ogrodnictwo
- Sięganie nad głowę
- Zakładanie butów / skarpet
- Sport / rekreacja
- Pielęgnacja stóp
- Chwytanie rękami
- Noszenie / podnoszenie przedmiotów
- Pchanie / ciągnięcie przedmiotów
- Relacje osobiste
- Równowaga podczas chodzenia
- Pisanie / komputer / klawiatura
- Pielęgnacja włosów / higiena
- Długotrwałe siedzenie
- Długotrwałe stanie

INNE TRUDNOŚCI / UWAGI

- Mieszkam sam(a)
- Jestem opiekunem
- Dołączono dodatkowe informacje

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA

Cesja świadczeń

Upoważnienie do wypłaty świadczeń i udostępnienia informacji

UBEZPIECZENIE KOMERCYJNE

Ja, niżej podpisany(-a), posiadam ubezpieczenie w towarzystwie wskazanym poniżej i przenoszę bezpośrednio na Allied Physical Therapy PLLC wszelkie świadczenia medyczne, jeśli takie przysługują, należne mi za wykonane usługi. Rozumiem, że ponoszę odpowiedzialność finansową za wszystkie opłaty, niezależnie od tego, czy zostaną pokryte przez ubezpieczyciela. Upoważniam Allied Physical Therapy PLLC do ujawnienia informacji niezbędnych do uzyskania wypłaty świadczeń oraz zezwalam na wykorzystanie tego podpisu we wnioskach o rozliczenie z ubezpieczycielem, zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA

UBEZPIECZENIE MEDICARE

Wnioskuję o wypłatę zatwierdzonych świadczeń Medicare na rzecz Allied Physical Therapy PLLC za udzielone mi usługi medyczne. Upoważniam każdego posiadacza moich informacji medycznych do ujawnienia informacji niezbędnych do ustalenia świadczeń lub kwoty świadczeń należnych za powiązane usługi, na rzecz Medicare i jego przedstawicieli. Mój podpis stanowi wniosek o wypłatę i upoważnia do ujawnienia informacji medycznych niezbędnych do rozpatrzenia moich roszczeń. Jeśli na formularzu roszczenia wskazano inne ubezpieczenie zdrowotne, mój podpis upoważnia do przekazania informacji wskazanemu ubezpieczycielowi lub instytucji. W przypadkach cesji Medicare świadczeniodawca przyjmuje kwotę zatwierdzoną przez Medicare jako pełną zapłatę za usługi objęte ubezpieczeniem, a ja odpowiadam za obowiązujące franszyzy redukcyjne, współpłacenie oraz usługi nieobjęte ubezpieczeniem.

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA

Ważne: Odpowiedzialność pacjenta podlega obowiązującym umowom ubezpieczeniowym i przepisom prawa.

Przed podpisaniem prosimy zwrócić się do naszego personelu z ewentualnymi pytaniami.

Potwierdzenie ochrony prywatności pacjenta

Zawiadomienie o praktykach ochrony prywatności i preferencje kontaktu

Allied Physical Therapy PLLC wykorzystuje i ujawnia chronione informacje zdrowotne (PHI) w celu leczenia, rozliczeń i prowadzenia działalności w zakresie opieki zdrowotnej, zgodnie z opisem w Zawiadomieniu o praktykach ochrony prywatności. Potwierdzam, że przed podpisaniem zaproponowano mi zapoznanie się z Zawiadomieniem o praktykach ochrony prywatności. Mogę zażądać kopii aktualnego zawiadomienia oraz zażądać ograniczeń w zakresie niektórych sposobów wykorzystania lub ujawniania moich informacji. Praktyka rozpatrzy takie wnioski zgodnie z obowiązującym prawem.

PREFERENCJE KONTAKTU

Prosimy wskazać, jak możemy się z Państwem kontaktować w sprawie wizyt, rozliczeń i opieki:

Telefon | Poczta głosowa | Poczta | E-mail | SMS

PREFEROWANY TELEFON / E-MAIL / ADRES KORESPONDENCYJNY

DODATKOWY KONTAKT LUB INSTRUKCJE DOTYCZĄCE PRYWATNOŚCI

Rozumiem, że mogę zadawać pytania dotyczące Zawiadomienia o praktykach ochrony prywatności i wnioskować o zmianę preferencji kontaktu. Wszelkie zgody wykraczające poza te dozwolone prawem w celu leczenia, rozliczeń lub prowadzenia działalności w zakresie opieki zdrowotnej będą uzyskiwane odrębnie, gdy będzie to wymagane.

POTWIERDZENIE

Potwierdzam otrzymanie Zawiadomienia o praktykach ochrony prywatności lub możliwość jego otrzymania.

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA

IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI / POKREWIEŃSTWO

Świadoma zgoda na fizjoterapię

Prosimy przeczytać przed podpisaniem

Formularz powinien podpisać pełnoletni pacjent, rodzic lub opiekun prawny w przypadku małoletniego albo upoważniony przedstawiciel ustawowy, gdy ma to zastosowanie.

ZGODA NA LECZENIE

Upoważniam licencjonowanych fizjoterapeutów oraz asystentów fizjoterapeutów zatrudnionych w Allied Physical Therapy PLLC do przeprowadzenia fizjoterapii u mnie lub u wskazanego poniżej pacjenta. Rozumiem, że leczenie jest zalecane na podstawie oceny klinicznej i jej wyników. Członek zespołu fizjoterapeutycznego wyjaśnił mi lub wyjaśni przed rozpoczęciem leczenia charakter i cel proponowanego leczenia, jego potencjalne ryzyko i powikłania oraz, w stosownych przypadkach, racjonalne alternatywy. Miałem(-am) możliwość zadawania pytań i dobrowolnie wyrażam zgodę na leczenie. Rozumiem, że nie można zagwarantować żadnego konkretnego wyniku ani korzyści. W każdej chwili mogę zadawać pytania lub wycofać zgodę na dalsze leczenie.

PACJENT / PRZEDSTAWICIEL

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA DRUKOWANYMI LITERAMI

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

DATA

OPIEKUN: IMIĘ I NAZWISKO DRUKOWANYMI LITERAMI / POKREWIEŃSTWO

OŚWIADCZENIE KLINICYSTY

Wyjaśniłem(-am) istotne informacje dotyczące leczenia i odpowiedziałem(-am) na pytania pacjenta lub przedstawiciela.

PODPIS KLINICYSTY

DATA

Podpisując, potwierdzam, że przeczytałem(-am) ten formularz, rozumiem go i miałem(-am) możliwość zadawania pytań.