



INFORMACJE O PACJENCIE

Z przyjemnością witamy w naszym gabinecie!

Prosimy wypełnij ten formularz dokładniej jak możesz.

Dane Personalne

Nazwisko: _____ Imię: _____

Data Urodzenia _____ SS _____ Płeć []M []K Żonaty { }Tak { }Nie

Adres zamieszkania _____

Miejscowość _____ Stan _____ Zip code _____

Telefon domowy _____ Tel komórkowy _____ Tel do pracy _____

Email _____

Preferowana Forma Kontaktowa:

[]Tel domowy []Tel do pracy []Tel komórkowy []Wiadomość tekst []Email

Kontakt w nagłym wypadku: _____

Od kogo słyszałeś o naszym gabinecie? _____

(Jeśli ktoś cię polecił, podaj nam jego imię, abyśmy mogli mu podziękować)

INFORMACJA O PRYWATNOŚCI DANYCH

Przeczytałem i zrozumiałem treść zawiadomienia o zachowaniu danych personalnych. Zgadzam się, oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie i ujawnienie moich chronionych informacji zdrowotnych w celu przeprowadzenia leczenia, działań płatniczych i operacji medycznych. Rozumiem również, że mam prawo do odwołania się.

Data: _____

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenie pajnenta: _____

Osoba odpowiedzialna: _____

Podpis: _____



Historia Medyczna

Data: _____

Nazwisko: _____ Imię: _____

Dane lekarza rodzinnego: _____

Numer telefonu: _____

Osoba w nagłym wypadku: _____ Numer telefonu: _____

Wymień wszystkie leki i suplementy, które teraz przyjmujesz: _____

Czy jesteś uczulony na którykolwiek z poniższych?

Tak Nie Anestetyczny

Tak Nie Jod

Tak Nie Aspiryna lub Ibuprofen

Tak Nie Latex

Tak Nie Kodeina

Tak Nie Penicylina

Tak Nie Sulfa Drugs

Inne: (proszę wyjaśnić) : _____

Czy kiedykolwiek brałaś/brałeś leki z grupy bisfosfonianów: _____

Czy masz którykolwiek z poniższych schorzeń:

Tak Nie Astma/POCHP/ Choroba płuc

Tak Nie Wysokie ciśnienie

Tak Nie Problemy z krwawieniem/ łatwe siniaki

Tak Nie Wymiana zastawki

Tak Nie Rak

Tak Nie Cukrzyca

Tak Nie Choroba wątroby

Tak Nie Zawał/ Wylew

Tak Nie Leczenie Psychiatryczne

Tak Nie Niedrożność nosa

Tak Nie Przewlekłe zapalenie zatok

Tak Nie Choroba tarczycy

Tak Nie Wrzody żołądka/ GERD

Przyczyna dzisiejszej wizyty? _____ Czy masz ból? _____

Data ostatniego czyszczenia (w przybliżeniu): _____

Palisz papierosy? Jeśli tak, jak dużo? _____

Nietypowa reakcja na zastrzyki dentystyczne? _____

Nowy Pacjent: _____ Czy jesteś zadowolony ze swojego uśmiechu? _____

Czy ktoś ci kiedyś powiedział, że chrapiesz lub masz trudności z oddychaniem podczas snu? _____

UMOWA FINANSOWA

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia pacjenta: _____

***UWAGA* WSZYSTKIE SALDA PACJENTÓW SĄ PŁATNE W DNIU WIZYTY!**

W gabinecie Hart Dental cenimy sobie wysokiej jakości stomatologię i rzetelność usług. Staramy się aby nasze ceny były przystępne, korzystając z wysokiej jakości instrumentów i materiałów. W celu umożliwienia nam prowadzenia małej firmy i obniżenia kosztów, zalecamy zapoznać się z naszym regulaminem finansowym opisanym poniżej.

Jeśli jesteś osobą odpowiedzialną za opłaty, podpisz ten formularz. Jeśli nie jesteś pacjentem, ale odpowiadasz za rozliczenia, zaznacz to na początku każdego leczenia, abyśmy mogli komunikować się z Tobą o wszelkich zmianach w leczeniu lub zmianach w kosztach, które mogą się pojawić. Ta klauzula ma zastosowanie wtedy, gdy pacjent ma ukończone 18 lat.

W celu uzyskania bezpośredniej płatności nasz gabinet udostępni Twoje dane ubezpieczycielowi. Jeśli otrzymasz wypłatę od ubezpieczenia, ale nie dokonasz jej w gabinecie, płatność z ubezpieczenia musi być przekazana do gabinetu chyba że dokonano innych ustaleń.

Pacjent, którego leczenie wiąże się z pracą laboratoryjną, będzie odpowiedzialny za wszystkie opłaty laboratoryjne w momencie umawiania wizyty. Dołożymy wszelkich starań, aby zmaksymalizować korzyści stomatologiczne. Jeśli ubezpieczenie nie wypłaci oczekiwanej kwoty, nieuregulowane salda będą odpowiedzialnością pacjenta i będą wymagane w ciągu 30 dni. Od wszelkich sald powyżej 90 dni zostanie naliczona opłata finansowa 1.5 %. W przypadku nadpłaty, zwrot środków zostanie dokonany na konto osoby odpowiedzialnej, w ciągu 90 dni.

Depozyty wpłacone na wizyty kosmetyczne i chirurgiczne nie podlegają zwrotowi jeśli nie zostaną anulowane w ciągu 72 godzin lub przełożone w ciągu 24 godzin.

Po próbach uzyskania płatności lub 120 dniach od daty wykonanego zabiegu, w zależności od tego, który okres jest dłuższy dane osobowe będą przekazane do windykacji, a pacjent będzie odpowiedzialny za pokrycie wszystkich związanych z tym opłat i kosztów sądowych. Klauzula ta nie ma zastosowania w przypadku uzgodnienia płatności z gabinetem.

W naszym gabinecie przedstawiamy tylko oszacowane sumy leczenia. Naszym obowiązkiem jest podanie pacjentowi tych kosztów - jeżeli ich nie otrzymasz poinformuj nas o tym przed rozpoczęciem leczenia. Należy pamiętać że TO SĄ TYLKO OSZACOWANE KOSZTY LECZENIA! Pokrycie może być inne jeśli nie osiągnięto udziału własnego (deductible), osiągnięto roczne maksimum lub jeśli tabela pokrycia jest niższa niż średnia. Planowane leczenie może również ulec zmianie, jeśli zostanie wykryty nowy problem. W tym momencie pacjent ma prawo do przerwania leczenia, aby otrzymać nową wycenę.

Mamy obowiązek poinformować pacjenta czy lekarz prowadzący jest w sieci, czy poza nią z jego ubezpieczeniem, oraz podać w dobrej wierze szacowaną sumę kosztów.

Dołożymy wszelkich starań aby zweryfikować świadczenia z wyprzedzeniem, ale zrozumienie ubezpieczenia należy do Ciebie i ponosisz odpowiedzialność za wszelkie nieuregulowane saldo. Wszystkie nadpłaty zostaną zwrócone, a wszelkie niedopłaty będą obowiązkiem do zapłacenia zgodnie z podaną wyceną.

Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej: _____ Data: _____