



РЕГИСТРАЦИЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____ Пол: Женский / Мужской

Семейное положение: Женат / Замужем / Одинокий (ая) / Разведен (а) / Вдовец / Вдова

Домашний Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый Индекс: _____

Домашний Телефон # _____ Сотовый Телефон # _____

Какой метод контакта Вы предпочитаете (обведите): Телефон / Электронная Почта

Адрес Электронной Почты: _____

Кому мы можем позвонить в случае необходимости? _____

Телефон #: _____

Ваш визит сегодня связан с травмой? (обведите): Да / Нет

Дата Травмы: _____ Причина Травмы: _____

Имя и Фамилия Вашего терапевта: _____ Телефон #: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый Индекс: _____

3033 Бульвар Экселсиор, Офис 205, Миннеаполис, Миннесота, 55416

Тел: 612-470-9871, Факс: 612-470-9881

Веб-сайт: <http://eyecarempls.com/russian/>

Электронная -почта: clinic@eyecarempls.com

РЕГИСТРАЦИЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____

Общий опрос: Норма / Потеря веса / Прибавка в весе / Усталость / Лихорадка / Другое: _____

Глаза: Норма / Глаукома / Масляная дегенерация / Другое: _____

Ухо / Горло / Нос: Норма / Потеря слуха / Респираторная инфекция / Отдышка / Другое: _____

Сердечно-сосудистая с.: Норма / Гипертония / Инсульт / Болезнь сердца / Другое: _____

Дыхательная система: Норма / Астма / Бронхит/ Эмфизема / Другое: _____

Желудочно-кишечный т.: Норма / Болезнь Крона / Колит / Другое: _____

Опорно-двигательная с.: Норма / Артрит / Другое: _____

Центральная нервная с.: Норма / Депрессия / Тревога / Другое: _____

Неврологическая система: Норма / Эпилепсия / Церебральный паралич / Другое: _____

Эндокринная система: Норма / Диабет / Проблемы с щитовидной железой/ Другое: _____

Иммунологическая с.: Норма / Ревматоидный артрит / Волчанка / Другое: _____

Кровянная система: Норма / Анемия / Лейкоз / Другое: _____

Кожа: Норма / Экзема / Псориаз / Другое: _____

Операции: Нет / Какие: _____

Аллергии: Нет / Какие: _____

Лекарства: _____

Глазные капли: _____

Употребление алкоголя: Да / Нет / Количество: _____

Употребления табака: Да / Нет / Количество: _____

История семьи: Отрицательная / Рак / Диабет / Гипертензия / Глаукома / Другое: _____

РЕГИСТРАЦИЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА



ОПЛАТА СТРАХОВЫХ УСЛУГ

Я разрешаю глазной клинике EYECARE MPLS PLLC посылать в мою страховую компанию информацию касающуюся моего здоровья и/или здоровья членов моей семье, без получения мой подписи на каждом документе, представленным от моего имени и/или от имени членов моей семье. Я разрешаю моей страховой компании оплачивать мои счета и/или счета членов моей семье, предоставленные глазной клиникой EYECARE MPLS PLLC. Я понимаю, что я несу финансовую ответственность за все дополнительные суммы/счета, не оплаченные мой страховой компанией.

Подпись пациента / Опекунa: _____

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОСВОБОЖДЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Я разрешаю доктору Стелле Хеннен доступ к любой информации из моей истории болезни, включая диагностические тесты и фотографии. Копия будет рассматриваться как оригинал.

Подпись пациента / Опекунa: _____

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____



РЕГИСТРАЦИЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Requesting Records From: _____

Please release of all medical records of the patient above to:

Stella Hennen, MD, MSPH

Eyecare MPLS PLLC

3033 Excelsior Blvd

Suite 205

Minneapolis, MN 55416

Fax records to this number: 612-470-9881

Patient Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

DOB: _____ Other Names Used: _____

Patient's address: _____

Patient's Phone Number: _____

I hereby authorize the release of any information from my exam including diagnostic tests and photographs. This does not authorize re-release of the information to anyone. A photocopy will be treated as the original.

Signature of Patient/ Guardian: _____

Patient Name: _____ Date: _____

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ АКТЕ ПОРТАТИВНОСТИ И
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

АКТ О ПОРТАТИВНОСТИ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 1996 года (HIPAA) говорит о том что у Вас есть определенные права по отношению к тому как используется и кто имеет доступ к Вашей истории болезни. Эти права подробно описаны в Eyecare MPLS Уведомлении о конфиденциальности. Eyecare MPLS может в любое время пересмотреть это Уведомление о конфиденциальности. Мы предоставим Вам копию пересмотренного Уведомления о конфиденциальности по Вашему запросу.

Поставив ниже подпись, Вы признаете, что Вы получили копию Eyecare MPLS Уведомления о конфиденциальности.

Подпись пациента / Опекунa: _____

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____

РЕГИСТРАЦИЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

ФИНАНСОВЫЕ ПРАВИЛА ГЛАЗНОЙ КЛИНИКИ EYECARE MPLS

1. Вы несёте финансовую ответственность за стоимость Вашего глазного осмотра. Пожалуйста, принесите Ваши карточки медицинской страховки, а также водительские права или идентификационную карточку когда Вы придёте в нашу клинику.
2. Если у Вас поменялась медицинская страховка пожалуйста сообщите нам об этом как можно скорее. Номер нашего телефона: 612-470-9871.
3. Мы принимаем все медицинские страховки включая Медикер.
4. Расходы, которые Вы должны оплатить сами:
 - Форма Инвалидности \$15
 - Копия Вашей истории болезни \$15
 - Все остальные формы \$15
 - Возвращенные чеки \$30
5. Варианты оплаты: Наш офис принимает наличные, чеки и платежи по кредитным картам.
6. Мы отправим счёт за Ваш глазной осмотр в Вашу медицинскую страховую компанию. Однако Вы несёте финансовую ответственность за все дополнительные суммы/счета, не оплаченные Вашей страховой компанией.
7. Если Вы не можете сразу выплатить баланс после страховой компании пожалуйста скажите нам об этом как можно скорее. Мы Вам предоставим возможность вносить месячные платежи пока Вы не выплатите оставшуюся сумму.
8. Если у Вас нет медицинской страховки Вы должны будите заплатить \$175.00 сразу. После этого Вы можете вносить месячные платежи пока Вы не выплатите оставшейся баланс.

Я прочитал финансовые правила глазной клиники EYECARE MPLS. Мне дали возможность задать вопросы по пунктам, которые я не понимаю. Я согласен следовать этим правилам.

Подпись пациента / Опекуна: _____

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата: _____