

**Pacjent arkusz informacyjny
(Proszę pryntować)**

Data: _____

Nazwa Pacjenta: _____ Data urodzenia: _____

Ulica: _____ Miasto: _____ Stan: _____

Kod pocztowy: _____ Telefon domowy (____) _____ Telefon Komorkowy (____) _____

Social Security #: _____ Mężczyzna _____ Kobieta _____

Stan cywilny: () Wolny () Żonaty () Rozwiedziony () Wdowiec

Skierowany przez: _____

Pracodawca: _____ Telefon (____) _____

Adres: _____

Małżonka Imię i nazwisko: _____ Telefon (____) _____

Małżonka Pracodawca: _____ Adres: _____

INFORMACJE ** UBEZPIECZENIA **

Czy jest to wypadek w pracy? Tak _____ Nie _____ #: _____

Dostrajacza Nazwa: _____ Telefon: (____) _____

Ubezpieczenie: _____ Numer: _____

Adres: _____ Grupa #: _____

Jeśli właściciel POLITYKA JEST INNY Od pacjenta Następujące informacje muszą być dostarczane

Nazwa Właściciel polityka: _____ SS #: _____ Data urodzenia: _____

Pracodawca Właściciel polityka: _____

Druoxie Ubezpieczenie: _____ ID #: _____

Adres: _____ Grupa #: _____

Jeśli właściciel POLITYKA JEST INNY Od pacjenta Następujące informacje muszą być dostarczane

Nazwa Właściciel polityka: _____ SS #: _____ Data urodzenia: _____

Pracodawca Właściciel polityka: _____

Osoba Powiadajaca w nagłych przypadkach: _____ Pokrewiestuwro: _____

Adres: _____ Telefon: (____) _____

W wymagane są następujące dokumenty: (1) skierowanie (s) (2) Ubezpieczeniowe karty (s) (3) prawo jazdy
Proszę podpisać i addac do recepcji:

Ja, niżej podpisany, jestem ubezpieczony i przypisać bezpośrednio do Joseph B. Baratta, MD, wszystkie świadczenia chirurgiczne i / lub medyczne, jeśli w ogóle, inaczej płatne do mnie. Rozumiem, że jestem odpowiedzialna finansowo za wszelkie opłaty, nawet pokryte przez ubezpieczenie. Wyrażam zgodę na uwolnienie wszelkich informacji niezbędnych do zabezpieczenia płatności.

Data: _____ Podpis: _____