

Witam w gabinecie Dr. George Lubertazzo!

Data _____

Social Security Nr: _____ Nr Prawa Jazdy: _____

Imie i Nazwisko : _____ Nr tel.: _____ Nr.Kom.: _____

Adres: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Email Adres: _____

Data ur.: _____ Stan cywilny: M S W R, # dzieci : _____ Zawod: _____

Pracodawca: _____ Adres: _____ Nr. Tel. praca: _____

Imie i nazwisko wspolmalzonka/ki _____ Pracodawca: _____

Nr. Tel. praca: _____

W razie wypadku powiadomic: _____ Pokrewienstwo: _____ Nr. Tel: _____

Komu mozemy podziekowac za polecenie naszego gabinetu?: _____

Czy byles/las wczesniej u chiropraktyka? Kiedy?: _____

Z jakiego powodu? _____

Prosze podac jak najbardziej szczegolowe informacje dotyczace osobistej I rodzinnej historii choroby.

Jakim metoda leczenia jestes/as / byles/as poddany/a?

Lekarstwa Fizyko – terapia Operacja Zadnym

Czy dolega Tobie ?

Bol karku

Sztynwienie karku

Bol szyjnej czesci plecow

Bol piersiowej czesci plecow

Bol ledzwiowej czesci plecow

Bol ramion

Bol w klatce piersiowej

Dretwienie lub bol nog

Skorcze konczyn

Problemy z pochyleniem /

unoszeniem przedmiotow

Problemy z unoszeniem

/staniem /siedzeniem

Bole stawowo

Artretyzm

carpal tunnel

Dretwienie/ opuchlizna rak/nog

Zimne dlonie / stopy

Zawroty

Czeste zapalenie ucha

Czeste przeziebienia

Grypa

Rozedma plus

Zatoki lub bol za oczami

Czy z powodu powyzzszych dolegliwosci zmuszony/a byl/a Pan/i pozostac w domu? Tak Nie

Jesli tak, na jak dlugo: _____

Czy stan twojego zdrowia ma wplyw na prace sen codzienne czynnosci odpoczynek?

Historia choroby

OSOBISTA

RODZINNA

migreny/bole glowy

astma

depresja

niepokoje

podwyzszone cisnienie krwi

choroby serca

niestrawnosc

wrzody

alergije

nowotwor

cukrzyca

drgawki

problmy z nerkami

omdlenia

problem z nerkami

zapalenie oskrzeli

napady padaczkowe

klopoty menstruacyjne

klopy w nauce

chroniczne zmeczenie

INNE _____

Jestem tutaj by _____ pozbyc sie chorob, dolegliwosci, objawow.
_____ zapobiec choroba, dolegliwoscia.
_____ polepszyć swoje zdrowie oraz wzmacnić odporność
_____ polepszyć zdrowie rodziny i/lub najbliższych

Czy zazywasz lekarstwa? Tak [] Nie [] Jesli tak, jakie: _____

Czy byles podany/a zabiegom lub operacja? Tak [] Nie [] Jesli tak czego i kiedy? _____

INFORMACJE UBEZPIECZENIOWE (prosze przekazac kopie karty ubezpieczeniowej pracownikowi gabinetu, w celu zrobienia kopii)

Wypadek samochodowy: Czy dolegliwosci spowodowane sa wypadkiem samochodowym?

Tak [] Nie [] Jesli tak, kiedy: _____

Nazwa firmy ubezpieczeniowej: _____ Numer polisy _____

Nazwisko i numer telefonu prawnika (jesli dotyczy) _____

Wypadek w pracy lub na terenie innej posesji:

Czy dolegliwosci spowodowane sa wypadkiem w miejscu pracy, poslizgnięciem sie?

Nazwa firmy ubezpieczeniowej : _____ Numer polisy _____

Nazwisko i numer telefonu prawnika (jesli dotyczy) _____

Ubezpieczenie zdrowotne: Czy masz ubezpieczenie zdrowotne Tak [] Nie []

Imie i nazwisko wlasciciela ubezp. _____

Zwiazek : Wlasne [] Wspolmalzonek [] Rodzic []

Nazwa firmy ubezpieczeniowej: _____ Numer polisy _____

Czy jestes ubezpieczony przez Medicare Tak [] Nie []? Numer identyfikacyjny _____

Czy jestes ubezpieczony przez Medicaid Tak [] Nie []? Czy jest to HMO Tak [] Nie []?

PONIEWAZ WERYFIKACJA TWOJEGO UBEZPIECZENIA NIE MOZE BYC NATYCHMIAST WYKONANA, W JAKI SPOSOB ZAPLACISZ ZA DZISIEJSZA WIZYTE ?

____ Gotowka ____ Czek ____ Visa/MC/Amex

WAZNE – PROSZE PRZECZYTAC

Rozumie, iz ubezpieczenie wypadkowe i zdrowotne sa umowa zawarta pomiedzy mna i firma ubezpieczeniowa, oraz przejmuj na siebie odpowiedzialnosc finansowa za opieke jaka otrzymam w gabinecie Dr. Lubertazzo. Rozumiem, ze doktor jest odpowiedzialny za dostarczenie mi wszelkich potrzebnych dokumentow, w celu otrzymania naleznego zwrotu od firmy ubezpieczeniowej. Za kazda platnosc otrzymam pokwitowanie na pismie. Rozumiem, ze jestem odpowiedzialny za placenie wszelkich rachunkow, ktore zostana mi okazane. Czuję sie zobowiazany splacic dlug w calosci w momencie rezygnacji z dalszej opieki.

W momencie przerwania leczenia dlug pacjenta winien byc splacony w przeciagu 30 dniu.

W przeciwnym wypadku, pacjent jest odpowiedzialny za zaplacenienie zaleglej kwoty wraz z naliczonymi odsetkami karnymi w wysokosci 18% .

PODPIS _____ DATA _____

ZEZWOLENIE NA PODBRANIE DANYCH OSOBOWYCH

Upowazniam gabinet Dr. Lubertazzo do pobrania niezbednych informacji dotyczacych mojego leczenia od firmy ubezpieczeniowej, rzeczoznawcy oraz prawnika zaangazowanych w mojej sprawie, oraz niniejszym uwalniam gabinet Dr. Lubertazzo od jakichkolwiek konsekwencji z tym zwiazanych.

PODPIS _____ DATA _____

ZASWIADCZENIE O NIE BYCIU W CIAZY

Ja, _____ niniejszym informuje wszystkich zainteresowanych, iż nie podejrzewam oraz nie jestem obecnie w ciąży. Jednocześnie, zwalniam gabinet Dr. Lubertazzo od jakiegokolwiek odpowiedzialności za powstałe szkody wynikające z procedur, diagnoz czy sposobu leczenia z powołaniem się na prawdopodobieństwo bycia w ciąży.

PODPIS _____ DATA _____

PODPIS SWIADKA _____ DATA _____