

Dopełnimy wszelkich starań aby zapewnić Panstwu najlepszą możliwą opiekę dentystyczną.
Abyśmy mogli sprostać Panstwa potrzebom prosimy o dokładne wypełnienie tego formularza.

1) DANE DOTYCZĄCE PACJENTA (POUFNE)

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod: _____

Tel. Domowy: _____ Tel. Komórkowy _____

Data Urodzenia: MM/DD/RR _____ Soc. Sec.# _____

E-mail _____ Potwierdzenie Wizyty: SMS Telefonicznie E-mail

Płeć: Żeńska Męska Zaznacz odpowiednie: Dziecko Wolny Żonaty/Mężatka

Komu możemy podziękować za referencję? _____

Kontakt w razie nagłej potrzeby: (Imię i Telefon)

2) OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA RACHUNEK

Jeżeli ta sama co powyżej, przejdź do sekcji 3.

Nazwisko i Imię osoby odpowiedzialnej za rachunek: _____

Pokrewieństwo do pacjenta _____ Data Urodzenia: MM/DD/RR _____

Soc. Sec.# : _____

3) INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Czy masz ubezpieczenie dentystyczne? TAK NIE Jeżeli TAK-- podaj swoją kartę recepcjonistce.

Nazwa ubezpieczenia: _____

Osoba posiadająca ubezpieczenie: _____

Data Urodzenia: MM/DD/RR _____

Member ID: _____

Group #: _____

Pracodawca: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Tel. Do Pracy: _____

NAZWISKO LEKARZA RODZINNEGO _____

Tel # _____

- | | |
|--|--|
| <p>1. Czy znajdujesz się w trakcie leczenia? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Czy przebywałeś w szpitalu lub poddałeś się operacji chirurgicznej w ciągu ostatnich 5 lat? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jeżeli tak, proszę wyjaśnić _____ Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Czy przyjmujesz jakiekolwiek lekarstwa włączając te bez recepty? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>4. Czy przyjmowałeś Phen-Fen/Redux, Fosamax, Actonel, and Boniva? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Czy zujesz tytoń? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Czy stosujesz używki? Tak Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

7. Czy jesteś uczulony lub miałeś reakcje alergiczna na:

- | | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Miejscowe znieczulenie (np. Novocaine) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilinę lub inny antybiotyk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfa Drugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Srodki uspokajające <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jodyne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspiryne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Metale (np. Nikiel, Rtec) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gume lateksową <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inne (proszę wymienić) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Tylko Kobiety:</p> <p>a) Czy jest Pani w ciąży..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Czy karmi Pani piersią?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

CZY CIERPISZ LUB CIERPIAŁEŚ NA:

- | | | |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Choroby serca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wysokie ciśnienie krwi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Niskie ciśnienie krwi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Zawał serca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wylew..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Migotanie przedsionków serca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Niedomykanie zastawki serca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Rozrusznik serca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gorączka reumatyczna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bóle klatki piersiowej..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Astma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Niedotlenienie płuc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Inne:.....</p> | <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>Rozedma płuc..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gruźlica..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Problemy w oddychaniu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cukrzyca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Zaburzenia nerek <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Omdlenia/drgawki <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsja/Konwulsje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ciągłe zmęczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Rak/Rodzaj..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Radiacja/Chemia..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Powiększona tarczyca..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p style="text-align: center;">Tak Nie</p> <p>AIDS lub infekcja HIV..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Choroby weneryczne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Żółtaczk..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nagła utrata wagi..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Choroby wątroby..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reumatyzm..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sztuczne stawy..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Problemy żołądkowe/wrzody <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|---|

JAKI JEST TWÓJ GŁÓWNY ZARZUT DZISIAJ?

CZY JESTEŚ ZAINTERESOWANY/A WYBIELANIEM ZĘBÓW? **Tak Nie**

****AUTORYZACJA****

Poświadczam, że odpowiedzi na wszystkie pytania zostały udzielone według mojej najlepszej wiedzy i rozumiem, że podanie nieprawdziwych informacji może być niebezpieczne dla mojego zdrowia.

****Proszę wydrukować swoje imię i nazwisko:** _____ **Data:** _____

****Podpis Pacjenta (lub Rodzica w Przypadku Dziecka):** _____

Financial Policy and Consent for Services

Please Read Carefully

If you have dental insurance, our office will work with you to maximize your allowable insurance benefits. It is understood that the dental treatment will be diagnosed based on your dental health and not your insurance coverage. It is further understood that since your insurance is a contract between you and your insurance company/employer, our practice cannot assume responsibility for coverage or other determinations made by your insurance company and that you will be responsible for timely payment for all treatment received from the practice regardless of your insurance status.

***Payment, including insurance deductibles and co-pays for all treatment is due at the time services are rendered** unless other payment arrangements have been made in advance. Co-pays are estimates based on the information provided by your insurance company.

If you fail to show for a scheduled appointment or cancel an appointment within less than 24 hours advance notice, a broken appointment fee of \$50 may be assessed to your account.

Returned checks and declined credit cards due to insufficient funds or otherwise will result in an additional fee added to the amount due on your account.

Payments for services may be made by cash, check, Care Credit, and all major credit cards including: Visa, MasterCard, Discover, Amex. These were arranged to reduce the financial barriers for our patients in receiving optimal dental care treatment.

A service charge of 1½% per month (18% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding **60** days, unless previously written financial arrangements are satisfied.

I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period 90 days from the date of the patient examination.

In consideration for the professional services rendered to me, or at my request, by the Doctor, I agree to pay therefore the reasonable value of said services to said Doctor, or his assignee, at the time said services are rendered. I further agree that the reasonable value of said services shall be as billed unless objected to, by me, in writing, within the time for payment thereof. I further agree that a waiver of any breach of any time or condition hereunder shall not constitute a waiver of any further term or condition and I further agree to pay all costs and reasonable attorney fees if suit be instituted hereunder.

****AUTORYZACJA****

****Proszę wydrukować swoje imię i nazwisko:** _____ **Data:** _____

****Podpis Pacjenta (lub Rodzica w Przypadku Dziecka):** _____

PATIENT CONSENT FORM (HIPAA)

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. These rights are given to me under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

- Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in my treatment)
- Obtaining payment from third party payers (e.g. my insurance company)
 - The day to day healthcare operations of your practice

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information and to provide you with the notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health. This notice is effective as of April 2003 and we are required to abide by the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect. We reserve the right to change the terms of our Notice of Privacy Practices and to make the new notice provisions effective for all protected health information that we maintain. We will post and you may request a written copy of a revised Notice of Privacy from this office.

You have recourse if you feel that our privacy protections have been violated. You have the right to file a formal, written complaint with us at the address below, or with the Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights, about violations of their provisions of this notice or the policies and procedures of our office. We will not retaliate against you for filing a complaint.

I have also been informed of, and given the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA. I understand that you reserve the right to change the terms of this notice from time to time and that I may contact you at any time to obtain the most current copy of this notice. I understand that I have the right to request restrictions on how my protected health information is used and disclosed to carry out treatment, payment, and health care operations, but that you are not required to agree to these requested restrictions. However, if you do agree, you are then bound to comply with this restriction. I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time. However, any use or disclosure that occurred prior to the date I revoke this consent is not affected.

By signing this form, I agree to allow the use and disclosure of my medical record information for the purposes described above.

****AUTORYZACJA****

****Proszę wydrukować swoje imię i nazwisko:** _____ **Data:** _____

****Podpis Pacjenta (lub Rodzica w Przypadku Dziecka):** _____

For more information about HIPAA:
The U.S. Department of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201
Toll Free: 202-619-0257