



# THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

## FORMULARZ REJESTRACYJNY

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefon domowy: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Tak chcę otrzymywać wiadomości i promocje z The Institute for Vein Health

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Płeć:      Mężczyzna      Kobieta

Stan cywilny:      Żonaty/Mężatka      Wolny/a      Wdowa/Wdowiec

Adres: \_\_\_\_\_

Osoba kontaktowa w razie potrzeby: \_\_\_\_\_

Numer telefonu osoby kontaktowej: \_\_\_\_\_

Jak dowiedziałeś się o naszej klinice (zakreśl)?      *Radio 1030AM*      *Radio 103.1FM*      *Radio 1080AM*  
*Śląskie Radio*      *Góralskie Radio*      *Polvision*      *Facebook*      *Google*      *YouTube*      *Strona Internetowa*

Od znajomego/znajomej (proszę podać imię): \_\_\_\_\_

Polecony/a przez lekarza (proszę podać imię): \_\_\_\_\_ Inne: \_\_\_\_\_

### Powiadomienie o praktykach dotyczących prywatności (HIPAA)

Zgodnie z wymogami przepisów dotyczących prywatności utworzonych w wyniku ustawy o przenośności i odpowiedzialności w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego z 1996 r. (HIPAA) masz pewne prawa wynikające z tej ustawy i my zobowiązujemy się chronić Twoje prawa, aby dowiedzieć się więcej odwiedź

<http://www.hfs.illinois.gov//hipaa/> Nasza praktyka koncentruje się na zachowaniu prywatności Twoich indywidualnych informacji zdrowotnych. Prowadząc naszą działalność, rejestrujemy dane dotyczące Ciebie oraz leczenia i usług, które Ci zapewniamy. Zgodnie z prawem jesteśmy zobowiązani do zachowania poufności informacji dotyczących Ciebie i Twojego zdrowia. Jesteśmy również zobowiązani przez prawo, poinformować Ciebie, iż znamy nasze prawne obowiązki dotyczące ochrony Twoich informacji zdrowotnych.

Proszę inicjały tutaj \_\_\_\_\_ że przeczytał Pan/Pani wyjaśnienie naszego prawa HIPAA.



# THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

## Informacje o ubezpieczeniu

Nazwa podstawowej firmy ubezpieczeniowej: \_\_\_\_\_

Jeśli to ubezpieczenie nie jest na Twoje imię, wypełnij następujące pola:

Dane posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

Data urodzenia posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

Pokrewieństwo z posiadaczem polisy: \_\_\_\_\_

Nazwa dodatkowego ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Jeśli to ubezpieczenie nie jest na Twoje imię, wypełnij następujące pola:

Dane posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

Data urodzenia posiadacza polisy: \_\_\_\_\_

Pokrewieństwo z posiadaczem polisy: \_\_\_\_\_

Płacący prywatnie:

**Upoważnienie:** Upoważniam do udostępnienia informacji medycznych niezbędnych do rozpatrzenia mego wniosku lub dostarczenia informacji medycznych mojej firmie ubezpieczeniowej lub lekarzowi lub placówce medycznej. Upoważniam do wypłaty świadczeń medycznych na rzecz Dr. Brukasza i The Institute for Vein Health za wszystkie udzielone mi profesjonalne usługi. Rozumiem, że jestem finansowo odpowiedzialny/a za wszelkie opłaty, niezależnie od tego, czy są objęte ubezpieczeniem, czy nie.

Podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



# THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

Powiedz nam, jaką wykonujesz pracę. Jeśli jesteś na emeryturze, co robisz, zanim przeszedłeś na emeryturę: \_\_\_\_\_

Opisz problemy dotyczące nóg, które sprowadziły Cię dzisiaj do lekarza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy masz lekarza rodzinnego, którego obecnie widzisz:

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę podać nam nazwisko i numer telefonu swojego lekarza:

\_\_\_\_\_

Czy możemy przesłać lekarzowi raport z naszych ustaleń i zaleceń?

TAK

NIE

Proszę wymienić wszystkie leki i suplementy, które obecnie przyjmujesz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy masz jakieś alergie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek miałeś jakieś operacje lub byłeś w szpitalu w przeszłości?

\_\_\_\_\_

## Historia chorób żylnych w rodzinie

Czy ktokolwiek w Twojej rodzinie miał któryś z następujących problemów? Zakreśl tak lub nie.

Żylaki	Tak	Nie	Zapalenie żył	Tak	Nie
Pajęczki	Tak	Nie	Usuwanie żył	Tak	Nie
Zakrzepica żył głębokich/DVT	Tak	Nie	Skrzepy	Tak	Nie
Wrzody żyłne	Tak	Nie	Leczenie żył	Tak	Nie

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



# THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

Czy kiedykolwiek miałeś następujące dolegliwości? Jeśli tak zakreśl proszę na której nodze i napisz, kiedy:

Usuwanie żył:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Laserowe leczenie żył:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Skleroterapia:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Krwotok z żyłaków:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Zapalenie żył:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Zakrzepica żył lub skrzep:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____
Operacja lub złamane kości w nogach:	Lewa	Prawa	Żadna	Jeśli tak to kiedy: _____

Czy kiedykolwiek nosiłeś pończochy uciskowe, aby pomóc swoim problemom z żyłami:	Tak	Nie
Czy kiedykolwiek przyjmowałeś leki przeciwbólowe z powodu problemów z żyłami:	Tak	Nie
Musiłeś wziąć czas wolny z pracy z powodu problemów z żyłami:	Tak	Nie
Czy musiałeś ograniczyć swoją aktywność fizyczną z powodu problemów z żyłami:	Tak	Nie

**Proszę zakreślić, jeśli obecnie zażywasz lub kiedyś zażywałeś następujące leki:**

Coumadin      Plavix      Daily Aspirin      Steroids      Antibiotics      Skin Ointments

Jeśli tak, kiedy i na jaką diagnozę: \_\_\_\_\_

**Proszę zaznaczyć, jeśli masz któryś z następujących stanów medycznych:**

Rak	Padaczka
Reumatyzm	Niewydolność nerek
Wysokie ciśnienie	Omdlenia
Choroba płuc	Zapalenie wątroby
Choroba serca	HIV/AIDS
Cukrzyca	Palisz papierosy, jeśli tak to ile _____

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



# THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

## **Czy masz którekolwiek z poniższych objawów? Proszę zakreślić tak lub nie i które objawy:**

Gorączka, dreszcze, utrata wagi lub apetytu:	Tak	Nie
Problemy ze wzrokiem, podwójne widzenie lub nadmierne łzawienie:	Tak	Nie
Problemy ze słuchem, ból gardła, zawroty głowy lub dzwonienie w uszach:	Tak	Nie
Ból lub ucisk w klatce piersiowej, nowe leki na serce lub duszności:	Tak	Nie
Kaszel, trudności w oddychaniu, rozedma płuc lub kaszel z krwią:	Tak	Nie
Wymioty, ból brzucha, czarny, czerwony lub krwawy stolec:	Tak	Nie
Nietrzymanie moczu, częste, pilne lub bolesne oddawanie moczu:	Tak	Nie
Ból podczas chodzenia lub poruszania się. Bolące stawy:	Tak	Nie
Wysypka, swędzenie, przebarwienia skóry lub rany, które się nie goją:	Tak	Nie
Drętwienie rąk lub nóg. Mrowienie lub utrata pamięci:	Tak	Nie
Myśli samobójcze lub halucynacje:	Tak	Nie

## **Sekcja tylko dla kobiet:**

Jesteś w ciąży lub myślisz, że możesz być:	Tak	Nie
Czy obecnie karmisz piersią:	Tak	Nie
Czy planujesz mieć więcej dzieci w przyszłości:	Tak	Nie
Czy przyjmujesz doustne środki antykoncepcyjne:	Tak	Nie
Czy stosujesz hormonalną terapię zastępczą:	Tak	Nie
Ile dzieci pani urodziła:_____		

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_