



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? Radio 1030AM Facebook Google Strona Internetowa

Od znajomego/znajomej/rodziny(proszę podać imię i nazwisko) _____

Polecony/a przez lekarza (proszę podać imię i nazwisko) _____ 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. (HIPPA) 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.

Name _____ Date _____



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: _____

Czytelny podpis: _____

Name _____ Date _____



THE INSTITUTE FOR VEIN HEALTH

Powiedz nam, jaką wykonujesz pracę. Jeśli jesteś na emeryturze, co robiłeś, 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
Pajączki	Tak	Nie	Usuwanie żył	Tak	Nie
Zakrzepica żył głębokich/DVT	Tak	Nie	Skrzepy	Tak	Nie
Wrzody żyłne	Tak	Nie	Leczenie żył	Tak	Nie

Name _____ Date _____



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 NIE TAK Palisz papierosy NIE TAK, ile dziennie _____

Name _____ Date _____



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 dzwonięcie 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: _____

Name _____ Date _____