

**FORMULARZ REJESTRACYJNY**  
**EDWARD-ELMHURST HEALTH**  
WPISAĆ WYRAŹNIE WSZYSTKIE INFORMACJE DRUKOWANYMI LITERAMI

**INFORMACJE DLA PACJENTA**

**Oficjalne** imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ **Data urodz.** \_\_\_\_\_

Czy adres w Pana/Pani dowodzie jest aktualny?  Tak  Nie Jeśli nie, wprowadzić poniżej aktualny adres

Aktualny adres

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kod pocztowy

Telefon do domu ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefon do pracy ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Adres e-mail** \_\_\_\_\_

**Płeć**

- Mężczyzna  
 Kobieta

**Stan cywilny**

- Wolny  
 Żonaty/zamężna  
 Rozwiedziony/a  
 Wdowa/wdowiec  
 W separacji

**Narodowość**

- Hiszpan lub Latynos  
 Ani Hiszpan, ani Latynos  
 Wolę nie odpowiadać

(Rządy stanowe i lokalne mogą wykorzystywać te dane, aby pomóc w planowaniu programów dwujęzycznych dla osób pochodzenia hiszpańskiego i administrowaniu nimi.)

Preferowany język \_\_\_\_\_

**Rasa**

- Biała/kaukaska  
 Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin  
 Indianin amerykański/rdzenny mieszkaniec Alaski  
 Azjata  
 Inna rasa  
 Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp Pacyfiku  
 Osoba wielorasowa  
 Wolę nie odpowiadać

PCP (lekarz pierwszego kontaktu) Dr

\_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

(wymagane do dostępu do naszego portalu dla pacjentów MyChart)

**Imię i nazwisko pracodawcy:** \_\_\_\_\_

**Status zatrudnienia**

- Pełny etat  Emerytura  
 Niepełny etat  Służba wojskowa  
 Bez pracy  
 Samozatrudnienie

**Zgoda na ustne ujawnienie informacji**

Telefon do domu: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_ Telefon do pracy: \_\_\_\_\_

1. Na który numer najlepiej dzwonić w ciągu dnia (08:00-16:00)?  Do domu  Komórkowy  Do pracy
2. Na który numer najlepiej dzwonić wieczorem (16:00-19:00)?  Do domu  Komórkowy  Do pracy
3. Proszę zaznaczyć preferowany numer dla wiadomości głosowej\*.  Do domu  Komórkowy  Do pracy

**\*Automatyczna sekretarka lub poczta głosowa musi mieć nagraną wiadomość identyfikującą, że jest to Pana/Pani numer**

**Na przykład: „Dodzwonili się Państwo do Jana Kowalskiego” lub „Tutaj numer 630-555-1212”**

4. Proszę wymienić **OSOBY DO KONTAKTÓW W NAGŁYCH PRZYPADKACH** oraz wszelkie dodatkowe osoby, którym MOŻEMY przekazywać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia.

Z kim możemy się kontaktować w pilnych przypadkach	Imię i nazwisko	Relacja	Numer telefonu	Ujawnić zwykłe informacje	Ujawnić informacje wrażliwe
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Rozumiem, że ta zgoda obowiązuje do momentu jej odwołania przeze mnie. Rozumiem, że mogę odwołać tę zgodę w dowolnym momencie, składając pisemne oświadczenie woli na ręce lekarza. Rozumiem także, że nie będzie możliwe odwołanie przeze mnie niniejszej zgody w przypadkach, kiedy lekarz już z niej skorzystał do ujawnienia informacji o moim stanie zdrowia. Pisemne odwołanie zgody musi być przesłane do gabinetu lekarza.

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_  
 Podpis: \_\_\_\_\_

Data urodz. \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko drukowanymi literami: \_\_\_\_\_

Relacja: \_\_\_\_\_

W przypadku podpisu rodzica lub opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

**ZGODA I UPOWAŻNIENIE  
ZGODA NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH**

- Ja, niżej podpisany/podpisana (pacjent/pacjentka lub osoba odpowiedzialna za wyrażanie zgody w imieniu pacjenta/pacjentki), proszę i wyrażam zgodę na opiekę, leczenie i inne usługi, jakie mogą być zamówione, sugerowane, zalecone, świadczone przez lekarzy lub ich współpracowników, asystentów lub osoby wyznaczone oraz przeprowadzone przez lekarzy lub personel Edward/Elmhurst Healthcare.
- Rozumiem, że mam prawo odmówić zgody na tę opiekę, leczenie lub inne usługi, jeśli taka odmowa będzie zgodna z prawem.
- Rozumiem, że praktyka medyczna nie jest nauką ścisłą. Rozumiem, że nie są ani nie mogą być udzielane żadne gwarancje co do wyników badań diagnostycznych, terapii i leków, testów oraz badań prowadzonych przez Edward/Elmhurst Healthcare.

**GWARANCJA PŁATNOŚCI**

- W związku z usługami zapewnianymi przez Edward/Elmhurst Healthcare na rzecz pacjenta zgadzam się: i) zagwarantować uiszczanie wszelkich opłat związanych z usługami zapewnianymi Pacjentowi; ii) bezterminowo przenieść na Edward/Elmhurst Healthcare wszelkie uprawnienia, tytuły i udziały w zwrocie kosztów opieki medycznej, przysługujące mi jako Pacjentowi, które są dostępne na pokrycie tych należności oraz iii) zatwierdzić wypłacanie tych korzyści bezpośrednio na rzecz Edward/Elmhurst Healthcare.
- Zgadzam się, że Edward/Elmhurst Healthcare nie ponosi odpowiedzialności za weryfikację, czy pacjent jest objęty ubezpieczeniem lub czy uzyskuje inne świadczenia, mogące służyć do opłacenia opieki lub usług świadczonych Pacjentowi, ani zakresu takich świadczeń uzyskiwanych przez Pacjenta.
- Zgadzam się ponosić pełną odpowiedzialność za wszelkie płatności i opłaty, jeśli nie będą one pokryte przez należne mi świadczenia.
  - Edward/Elmhurst Healthcare świadczy wiele usług, zapewniających pomoc pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia oraz pacjentom, którzy nie są w stanie ponieść kosztów opieki medycznej. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące zasad udzielania pomocy finansowej przez Edward/Elmhurst Healthcare mogą zadać kierownikowi biura podczas rejestracji.

**DOTYCZY PACJENTÓW MEDICARE**

- Poświadczam, że wszelkie informacje, podane przez mnie jako Pacjenta lub Przedstawiciela pacjenta podczas składania wniosku o płatność przez Medicare, są prawidłowe.
- Upoważniam wszystkie osoby, będące w posiadaniu informacji medycznych lub innych informacji na temat Pacjenta, do udzielania firmie Medicare lub jej agentom wszelkich informacji niezbędnych w związku z tym lub pokrewnym wnioskiem medycznym.
- Wyrażam zgodę na wypłacanie świadczeń firmie Edward/Elmhurst Healthcare w imieniu Pacjenta.

**POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI NA TEMAT ZASAD OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

- Potwierdzam, że otrzymałem/am egzemplarz informacji na temat zasad ochrony danych osobowych przez grupę Edward. Informacje na temat polityki ochrony danych osobowych opisują możliwości wykorzystywania i ujawniania danych medycznych dotyczących Pacjenta przez Edward/Elmhurst Healthcare oraz prawa Pacjenta związane z tymi informacjami medycznymi.

**Edward/Elmhurst Healthcare nie akceptuje jakichkolwiek modyfikacji lub zmian, wprowadzanych do tych informacji przez Pacjentów.**

Niniejszy formularz zgody i upoważnienia obejmuje usługi świadczone na moją rzecz przez Edward/Elmhurst Healthcare przez okres 365 dni od daty złożenia poniższego podpisu, o ile nie zostanie wcześniej pisemnie przeze mnie odwołany lub jeśli okres jego obowiązywania nie zostanie skrócony zgodnie z odpowiednim prawem.

Przeczytałem/am cały niniejszy formularz i uzyskałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszelkie dotyczące jego pytania. Rozumiem i zgadzam się z jego treścią.

Podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Pacjenta  
(rodzic, opiekun lub inny przedstawiciel)

Stopień pokrewieństwa

Data

Podpis świadka podpisania formularza

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Jeśli Pacjent lub Przedstawiciel Pacjenta nie podpisał niniejszego formularza, należy podać przyczynę na odwrocie i podpisać się

**EDWARD/ELMHURST HEALTHCARE**  
**Wywiad medyczny z pacjentem dorosłym**

Dotyczy pacjentów od 18. roku życia

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_ DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_ M / K

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**Proszę wypełnić poniższy coroczny formularz wywiadu medycznego zgodnie ze swoimi możliwościami.**

**UWAGA:** NINIEJSZY DOKUMENT WYWIADU MEDYCZNEGO MA CHARAKTER POUFNY I BĘDZIE PRZECHOWYWANY W NINIEJSZYM GABINECIE. ZAWARTE W NIM INFORMACJE NIE ZOSTANĄ NIKOMU UJAWNIONE, CHYBA ŻE ZOSTANIEMY DO TEGO PRZEZ PAN/PANIĄ UPOWAŻNIENI.

**WYWIAD MEDYCZNY**

**Poważne choroby/urazy**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Wstrząśnienie mózgu lub uraz głowy?  Tak  Nie Jeśli Tak, to kiedy? \_\_\_\_\_

Czy kiedykolwiek stracił Pan przytomność/ straciła Pani przytomność?  Tak  Nie Jeśli Tak, to kiedy? \_\_\_\_\_

**Wcześniejsze hospitalizacje (Określić przyczynę)**

**Kiedy?**

**Szpital, miasto, stan**

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Zabiegi chirurgiczne i/lub zabiegi inwazyjne**

**Kiedy?**

**Szpital, miasto, stan**

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

**ALERGIE**

Proszę wymienić wszystkie alergie i typ reakcji – (np. penicylina – wysypka)

Lekis: \_\_\_\_\_

Żywność: \_\_\_\_\_

Czynniki środowiskowe: \_\_\_\_\_

**INNE WAŻNE INFORMACJE**

1. Czy chorował Pan/chorowała Pani na gruźlicę? \_\_\_Tak \_\_\_Nie

2. Czy miał Pan/miała Pani bliski kontakt z osobą chorą na gruźlicę?  
\_\_\_Tak \_\_\_Nie

3. Czy miał Pan/miała Pani kiedykolwiek przeprowadzoną próbę  
tuberkulinową, której wynik był dodatni? \_\_\_Tak \_\_\_Nie

4. W jakim kraju się Pan/Pani urodził/urodziła? \_\_\_\_\_

**DOTYCZY WYŁĄCZNIE KOBIET – WYWIAD DOTYCZĄCY MIESIĄCZKOWANIA**

Wiek pierwszej miesiączki \_\_\_\_\_

Regularne?  Tak  Nie  Różnie

Cykl \_\_\_\_\_-dniowy (od początku do początku)

Wielkość krwawienia  Obfite  Umiarkowane  Skąpe

Data ostatniego badania ginekologicznego/cytologii \_\_\_\_\_

Nieprawidłowe wyniki cytologii w przeszłości  Tak  Nie

Data ostatniego badania mammograficznego \_\_\_\_\_

Czy przyjmuje Pani pigułki antykoncepcyjne?  Tak  Nie

Jeśli tak, to od jak dawna je Pani przyjmuje? \_\_\_\_\_

Czy stosuje Pani hormonalną terapię zastępczą  Tak  Nie  
Ciężce

Liczba urodzonych dzieci żywych \_\_\_ Liczba urodzonych dzieci  
martwych \_\_\_

Liczba porodów przedwczesnych \_\_\_ Liczba cięć cesarskich \_\_\_

Liczba poronień \_\_\_\_\_

Liczba zabiegów aborcji \_\_\_\_\_

Czy urodziła Pani dziecko o wadze powyżej 4 kg  Tak  Nie

Czy występowała u Pani cukrzyca ciążowa  Tak  Nie

Czy miała Pani jakieś powikłania w związku z ciążą  Tak  Nie

Jeśli tak, proszę je opisać \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_ DATA URODZENIA: \_\_\_\_\_

M / K

**WYWIAD RODZINNY:**

		Wiek	Choroby lub zaburzenia	W przypadku zmarłych przyczyna zgonu	Wiek w chwili zgonu
Ojciec					
Matka					
Dziadek ze strony ojca					
Babcia ze strony ojca					
Dziadek ze strony matki					
Babcia ze strony matki					
Rodzeństwo	Płeć				
Małżonek/ Partner życiowy					
Dzieci	Płeć				

**WYWIAD SPOŁECZNY**

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Zawód \_\_\_\_\_

Stan cywilny:  Wolny  W związku małżeńskim  W związku nieformalnym  W separacji  Rozwiedzony  Wdowiec

Picie alkoholu:  Nigdy  Rzuciłem/Rzuciłam  Codziennie Aktualne spożycie tygodniowo: \_\_\_\_\_

Palenie tytoniu:  Nigdy  Rzuciłem/Rzuciłam Postać \_\_\_\_\_ Ilość na dobę: \_\_\_\_\_

Przyjmowanie narkotyków:  Nigdy  Rzuciłem/Rzuciłam Rodzaj/Częstość: \_\_\_\_\_

Dzienne spożycie kofeiny:  Zerowe  Poniżej 1–2 filiżanek/puszek  3–4 filiżanki/puszki  więcej niż 5 filiżanek/puszek

Aktywność fizyczna:  Nie  Bez regularnego schematu  Tak, jak często \_\_\_\_\_

Nadmierne narażenie w domu lub w pracy na:  Pyły  Opary  Hałas  Bierne palenie  Rozpuszczalniki  Inne

Regularne stosowanie pasów bezpieczeństwa:  Tak  Nie

Czy w ostatnim czasie zdarzył się Panu/Pani upadek?  Tak  Nie

**INNE WAŻNE INFORMACJE**

Czy ma Pan/Pani któryś z poniższych dokumentów?

Ustanowienie pełnomocnictwa prawnego w zakresie opieki zdrowotnej  Tak  Nie

Polecenie odstąpienia od resuscytacji  Tak  Nie

Oświadczenie dotyczące sztucznego podtrzymywania życia  Tak  Nie  
Jeśli tak, proszę o dostarczenie kopii w celu dołączenia do dokumentacji medycznej.

Czy chce Pan/Pani być dawcą narządów?  Tak  Nie  
Jeśli tak, proszę porozmawiać o tym z członkami swojej rodziny

Czy wyznaje Pan/Pani religię lub przekonania kulturowe, które mogą wpływać na wybór metod terapeutycznych?  Tak  Nie  
Jeśli tak, proszę je opisać: \_\_\_\_\_

Według mojej najlepszej wiedzy udzielono dokładnych odpowiedzi na pytania zawarte w niniejszym formularzu. Rozumiem, że udzielanie nieprawdziwych informacji może być niebezpieczne dla mojego zdrowia. Na mnie spoczywa odpowiedzialność za informowanie personelu gabinetu lekarskiego o wszelkich zmianach w stanie mojego zdrowia. Upoważniam także personel medyczny do przeprowadzania wszelkich niezbędnych zabiegów, jakich mogę potrzebować.

Podpis pacjenta lub opiekuna \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Data weryfikacji/aktualizacji \_\_\_\_\_

Inicjały pacjenta/opiekuna \_\_\_\_\_

Data weryfikacji/aktualizacji \_\_\_\_\_

Inicjały pacjenta/opiekuna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_