

Sekcja I: Osobiste

Data: _____
Imie i Nazwisko: _____ **Social Security #:** _____
Adres (No P.O. Box): _____ **Apt/Unit/FL:** _____ **Miasto** _____ **Stan** _____
Zip Code _____ **Telefon Domowy:** (____) _____ **Telefon Komurkowy:** (____) _____
Email: _____ **Data Urodzenia** ____/____/____ **Wiek** _____ **Plec:** Kobieta Mezczyzna
Stan Cywilny: _____ Niezonnaty Zonnaty Rozwiedzony Wdowa **Czy jestes nieletni?** Tak Nie

Guarantor Information:
 Mama Tata Wspulmalzonek Partner

Imie _____

Adres _____

Miasto/Stan/Zip Code _____

Data Urodzenia ____/____/____

Guarantor Information:
 Mama Tata Wspulmalzonek Partner

Imie _____

Adres _____

Miasto/Stan/Zip Code _____

Data Urodzenia ____/____/____

Kontakt w Razie Wypadku: Imie _____

Telefon (____) _____ **Zwiazek** _____

Czy to byl wypadek w pracy? Tak Nie **Data Obrazenia:** ____/____/____ **Uwaga:** Prosze wypelnic Sekcje II.

Czy to byl wypadek samochodowy? Tak Nie **Data Obrazenia:** ____/____/____ **Uwaga:** Prosze wypelnic Sekcje II.

Polecony Przez: Doktora (Imie): _____ Przyjaciela Internet Reklama (Jaka?): _____

Sekcja II: Informacie Wypadku
Typ Wypadku: W Pracy Samochodowy W Domu Inny (Jaki?): _____

Gdzie pan/pani zglosili wypadek? Do Pracy Do Ubezpieczenia Samochodowego Inne

Nazwa Ubezpieczenia: _____

Adres: _____ **Miasto:** _____ **Stan** _____ **Zip Code:** _____

Number Wypadku#: _____ **Osoba Kontaktu:** _____ **Telefon:** (____) _____

Informacie Prawnika: _____ **Telefon:** (____) _____

Adres: _____ **Miasto:** _____ **Stan** _____ **Zip Code:** _____

Sekcja III: Informacie Ubezpieczenia
Pierwotne Ubezpieczenie:
 Swoje Wspulmalzonka Taty Mamy

Numer Telefonu Do Ubezpieczenia _____

Imie Posiadacza Polisy _____

ID # _____

Group # _____

Pierwotne Ubezpieczenie:
 Swoje Wspulmalzonka Taty Mamy

Numer Telefonu Do Ubezpieczenia _____

Imie Posiadacza Polisy _____

ID # _____

Group # _____

Sekcja IV: Informacie Pracodawcy
Informacie Pracodawcy:
 Swoje Wspulmalzonka Taty Mamy

Pracodawca _____

Adres _____

Miasto/Stan/Zip Code _____

Numer Telefonu (____) _____

Pozycja _____

Informacie Pracodawcy:
 Swoje Wspulmalzonka Taty Mamy

Pracodawca _____

Adres _____

Miasto/Stan/Zip Code _____

Numer Telefonu (____) _____

Pozycja _____

Sekcja V: Historia Medyczna

Waga _____

Pelenie? Tak Nie Jesli tak, jak czesto? _____

Alkoholizm? Tak Nie Jesli tak, jak czesto? _____

Uzywanie Narkotykow? Tak Nie Jesli tak, prosze opisac: _____

Alergia? Tak Nie Jesli tak, prosze opisac: _____

Prosze zakreslic ktore z tych kondycji pan/pani ma albo mial/miala:

<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Bol Plecow	<input type="checkbox"/> Wsokie Cisnienie	<input type="checkbox"/> Paraliz
<input type="checkbox"/> Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Zlamania Kosci	<input type="checkbox"/> Zaburzenie Nerwowe	<input type="checkbox"/> Zapalenie Kiszki
<input type="checkbox"/> Zultaczka	<input type="checkbox"/> Zwichniacie	<input type="checkbox"/> Rak	<input type="checkbox"/> Problemy ze Stopami
<input type="checkbox"/> Wysypka	<input type="checkbox"/> Bol Dysku	<input type="checkbox"/> Krawawienie	<input type="checkbox"/> Krew w Mocz
<input type="checkbox"/> Artrezym	<input type="checkbox"/> Szmer w Sercu	<input type="checkbox"/> Kaszlenie Krwia	<input type="checkbox"/> Albumia/Cukier w Mocz
<input type="checkbox"/> Drgawki	<input type="checkbox"/> Mdlenie	<input type="checkbox"/> Goraczka Reumatyczna	<input type="checkbox"/> Problem z Tarczyc
<input type="checkbox"/> Gruzlica	<input type="checkbox"/> Mocne Bole Glow	<input type="checkbox"/> Problemy z Sercem	<input type="checkbox"/> Choroby Krwi/Anemia
<input type="checkbox"/> Zapalenie Pluc	<input type="checkbox"/> Pecherz Zulciowy	<input type="checkbox"/> Problemy z Nerkami	<input type="checkbox"/> Problemy z Zoladkiem
<input type="checkbox"/> Bol w Klatce Piersiowej	<input type="checkbox"/> Trudnosc w Oddychaniu	<input type="checkbox"/> Problemy z Watroba	<input type="checkbox"/> Zablockowane Stawy

Lista Aktualnych Lekow:

NAZWA

Lista Operacji:

PROCEDURA	ROK	IMIE CHIRURGA

Sekcja VI: Assignment and Release

UPOWAZNIENIE DO ZOSTAWIANIA WIADOMOSCI NA SEKRETARCE TELEFONICZNEJ:

Ja wydaje zgode aby pracownicy z Function^{1st} Physical Therapy, LLC mogli zostawiac wiadomosci na mojej sekretarce telefonicznej, aby potwierdzic moje wizyty, albo informowac mnie o moim ubezpieczeniu. _____ (INICJALY)

ODWOLYWANIE/NIE POKAZYWANIE SIE NA WIZYTE:

Ja rozumiem ze jezeli musze odwolac albo zmienic wizyte, jest to moja odpowiedzialnosc aby powiadomic klinike o zmianie 24 godziny przed moja wizyta. _____ (INICJALY)

UPOWAZNIENIE DO UDOSTEPNIENIA INFORMACJI DLA CELOW UBEZPIECZENIOWYCH:

Ja wydaje zgode aby Function^{1st} Physical Therapy, LLC Centers udestepnialo moje informacje/dane dla potrzeb ubezpieczeniowych. _____ (INICJALY)

UPOWAZNIENIE DO WYPлаты SWIADCZEN USLUGODAWCY: (Prosze Przejsc do *Workmans' Comp Sekcji* Jezeli Obrazenie Stalo Sie w Pracy)

Wyrazam zgode aby moja firma ubezpieczeniowa przekazywala platnosc bezposrednio do Function1st Physical Therapy, LLC za uslugi swiadzone. Przyjmuję do wiadomosci i rozumię, że jestem odpowiedzialny za wszystkie opłaty za uslugi swiadzone na siebie lub czlonka rodziny wymienionych w moim ubezpieczeniu. Ja, jako ubezpieczony, pozostaje odpowiedzialny za zapłaty wszystkich uslug, niezaleznie od ubezpieczenia. _____ (INICJALY)

Rozumiem tez, że bedzie oplata za wszystkie spuznione kolekcje kosztów i rozsądných opłat adwokackich. (Uwaga: 25% oplaty bedzie dodane do rachunku za spuznione platnosc) _____ (INICJALY)

***WORKMANS' COMPENSATION SEKCJA* UPOWAZNIENIE DO PRZEKAZANIA INFORMACJI DO UBEZPIECZENIA I PRACODAWCY:**

Wyrazam zgode aby Function1st Physical Therapy, LLC udestepnilo informacje uzyskane w trakcie mojej terapi i/lub leczenia. _____ (INICJALY)

Rozumiem ze jestem odpowiedzialny za platnosc, które są ponoszone w wyniku leczenia, jezeli ubezpieczenie zakwestionuje niewypłate z jakiegokolwiek powodu. (Uwaga: Platnosc jest uważane jako spuznione po 60 dniach od daty leczenia i podlega 12% kary/opłaty. _____ (INICJALY)

Oświadczam, że przeczytałem, zrozumiałem i zakończyłem powyższą informacje według mojej najlepszej wiedzy.

Podpis _____

Data _____