

Registracija pacijenta i pristanak na lječenje

Da se ispuni od strane pacijenta ili staratelja starijim od 18 godina

Town Family Doctor

Vedad Seremet, MD
Dzanan Gusic, APRN

Prezime	Adresa				
Ime	SI				
Djevojačko Prezime	Grad	Louisville	Prospect	Crestwood	LaGrange
Datum Rođenja	Država	KY	IN	Pošanski broj	
SSN	Pol	Žensko	Muško	Drugo	
Kućni Telefon	Bračni Status	Vjenčan	Slobodan	Razdvojen	Razveden
Mobilni Telefon		Partner	Udovac	Drugo	
Alternativan Telefon	Zaposlen	Da	Ne	Penzionisan	Student Da Ne
Poslovni Telefon	E-mail adresa				
Da li je uredu da se ostavi poruka na telefonu?	Da	Ne	Osoba sa odobrenjem za pristup medicinskom kartonu		
Na kojem telefonu? (zaokruži)	Kućni	Celularni	Poslovni	Niko	

Osoba odgovorna za račun (Ako nije pacijent)					
Prezime					
Ime					
SI					
Datum Rođenja					
SSN					
Adresa (Ista kao pacijentova)					
Grad Louisville Prospect					
Država KY Pošanski broj					
Srodtsvo					
Staratelj					

Farmacija	Walgreens	Kroger	CVS	Rite Aid	Target
	Wal-Mart	Mail Order	Costco	Meijer	
Adresa					
Grad Louisville Prospect					
Država KY IN Pošanski broj					
Broj Telefona					
Broj Faksa					

Osiguranje	Humana	Anthem-BCBS	Aetna	United
	Cigna	Medicare	Other	

Ime poslodavca			
Adresa Poslodavca			
Grad Louisville			
Država KY IN Pošanski broj			
Status			
	Puno vrijeme	Pola vremena	Samozaposlen
	Nezaposlen	Penzionisan	
Studentski status			
	Puno vrijeme	Pola vremena	Nisam student

Kontakt u hitnom slučaju	
Prezime	
Ime	
SI	
Srodtsvo	
Adresa (Ista kao pacijentova)	
Grad Louisville Prospect	
Država KY IN Pošanski broj	
Mobilni Telefon	
Kućni Telefon	

Do you have an advance directive or living will?	Yes	No
---	-----	----

- I authorize the release of medical and pharmaceutical information necessary to process my medical claims. I authorize payment from my insurance company to be made directly to the facility.
- I understand that I am responsible for and agree to pay any and all expenses not covered by my insurance or which are not paid by the insurance company at the time of visit if applicable or when I receive invoice.
- I acknowledge I have been given a copy of and read the Town Family Doctor, PLLC Notice of Privacy Practices.
- My signature also serves as consent for medical treatment.

Potpis

Datum

Srodstvo	Self	Roditelj	Supriznika, Partner, Legal Guardian
Kako ste čuli o nama?	1. Dr. Seremet	3. Moja Insurance Company, web	5. Mail
	2. Family Member, Friend	4. Driving by neighborhood	6. Drugo