



ok Sharp Eye Care Specialists, Ltd.

Formularz pacjenta Dzisiejsza Data: ____/____/____

Informacja o Pacjencie

Imię i Nazwisko _____

Adres _____ APT # _____

Miasto _____ Stan _____ Zip _____

Telefon (Komórka)

Telefon(Domowy) _____

Email _____

Płeć Mężczyzna Kobieta Wiek _____

Data Urodzenia _____

Zawód _____

Wolnego Stanu Żonaty Rozwiedzony Rozdzielony

Owdowiały

Data ostatniego badania wzroku _____ Gdzie? _____

Czy zostałeś skierowany przez lekarza? Tak Nie

Imię lekarza _____

Czy palisz papierosy? Tak Nie

Czy pijesz alkohol? Tak Nie

Jesteś w ciąży lub karmisz? Tak Nie

Alergie na leki? _____

Powody Dzisiejszej Wizyty

Coroczne Badanie Kontrolne, Bez Żadnych Problemów

Potrzebuję Silniejszej Recepty

Potrzebuję Więcej Soczewek Kontaktowych

Chciałbym Wypróbować Soczewki Kontaktowe

Problemy Z Wygodnym Używaniem Oczu

Inny _____

Czy obecnie nosisz okulary? Tak Nie

Cały Czas Sporadycznie Do zadań na odległość Na blisko

Nosisz soczewki kontaktowe? Tak Nie

Marka, jeśli znana _____ Harmonogram Wymiany _____

Zawiadomienie o Praktykach Prywatności

Potwierdzam, że otrzymałem kopię powiadomienia o praktykach prywatności z Look Sharp Eye Care Specialists i daję pozwolenie na pobranie kopii moich leków.

Podpis

Data

Cesja świadczeń ubezpieczeniowych/gwarancji płatności

Niniejszym upoważniam do płatności bezpośrednio na rzecz Look Sharp Eye Care Specialists, Ltd. dla pla lub świadczeń ubezpieczeniowych należnych mi za usługi lub materiały, które otrzymałem od Look Sharp Eye Care Specialists, Ltd.. Rozumiem, że jestem finansowo odpowiedzialny za Look Sharp Eye Care Specialists, Ltd. za wszelkie nieobjęte usługami lub materiałami, zgodnie z definicją mojego ubezpieczyciela, które nie są opłacane przez mojego ubezpieczyciela pierwotnego lub wtórnego. Rozumiem również, że jeśli moje saldo konta stanie się zaległe, a zaległe konto zostanie skierowane do agencji windykacyjnej, do należnej kwoty zostanie dodana opłata za odbiór, a także jestem finansowo odpowiedzialny za dodatkowe koszty.

Podpis

Data

Jak będziesz płacić za dzisiejszą wizytę? Gotówka

Czek Credit/Debit Care Credit Ubezpieczenie

Problemy z oczami/wzrokiem Umieść "✓" w dowolnym miejscu, aby wskazać, czy występuje którykolwiek z następujących elementów:

- Niewyraźne widzenie - Odległość
- Niewyraźne widzenie - W pobliżu
- Pieczenie oczu/suche oczy
- Skrzyżowane lub wędrujące oko
- Chrupiące powieki lub wydzielina z oczu
- Podwójne widzenie
- Zakażenie oka lub uszkodzenie oczu
- Zmęczenie oczu, lub zmęczenie
- Zmienna wizja
- Bóle głowy
- Swędzenie oczu
- Czułość na światło
- Słabe widzenie w nocy
- Czerwone oczy
- Widzenie błysków / męty / halos / plamy
- Jęczmień
- Tymczasowa utrata wzroku

Historia Zdrowia

Data ostatniego egzaminu fizycznego _____

Imię lekarza podstawowej opieki zdrowotnej _____

Umieść "✓" w dowolnym miejscu, aby wskazać, czy ty lub jakikolwiek krewny krwi miał którykolwiek z następujących problemów (w tym rodzice, dziadkowie, wujek, ciotki lub rodzeństwo)

	Siebie	Rodzina
Zeza/Leniwe Oko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niepokój	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapalenie Stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ślepota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaćmy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaskra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uraz Glowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby Serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wysokie Ciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wysoki Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwyrodnienie Plamki Żółtej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migreny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stwardnienie Rozsiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tarczyce
AIDS/HIV

☐
☐

☐
☐