



# 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"/>
Ślepotą	<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 Glowry	<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"/>
Tarczycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>