

JAG

PHYSICAL THERAPY

पंजीकरण फॉर्म

रोगी की जानकारी

नाम:

पहला

मील

उपनाम

पता:

संख्या/सड़क

शहर

राज्य

ज़िप कोड

जन्म तारीख:

उम्र:

लिंग:

पुरुष

महिला

अन्य _____

SS#:

वैवाहिक ओहदा:

अकेला

शादीशुदा

तलाकशुदा

अन्य _____

मालिक:

व्यवसाय:

काम #:

व्यवसाय का पता:

संख्या/सड़क

शहर

राज्य

ज़िप कोड

पसंदीदा संपर्क:

घर

सेल

ईमेल

नियुक्ति अनुस्मारक:

टेक्स्ट

वॉयस कॉल

कोई नहीं

आपातकालीन संपर्क #:

नाम / संबंध:

आपने हमारे बारे में कैसे सुना:

डॉक्टर की जानकारी

संदर्भ चिकित्सक:

पता:

संख्या/सड़क

शहर

राज्य

ज़िप कोड

फोन नंबर:

फ़ैक्स नंबर:

प्राथमिक चिकित्सक:

फ़ोन नंबर:

क्या आपने पिछले 12 महीनों के भीतर फिजियोथेरेपी या ऑक्जूपेशनल थेरेपी उपचार प्राप्त किया है?

हाँ

नहीं

क्या आपने किसी कायरोप्रेक्टिक, स्पीच थेरेपी या होम केयर में भाग लिया है?

हाँ

नहीं

बीमा जानकारी

प्राथमिक बीमा कंपनी:

सदस्य ID # :

समूह आईडी # :

क्या यह रोगी का बीमा है?

 हाँ नहीं

यदि नहीं, तो पॉलिसी धारक कौन है:

पॉलिसी धारक की जन्म तारीख:

रोगी के साथ संबंध:

द्वितीयक बीमा कंपनी:

सदस्य ID # :

समूह आईडी # :

क्या यह रोगी का बीमा है?

 हाँ नहीं

यदि नहीं, तो पॉलिसी धारक कौन है:

पॉलिसी धारक की जन्म तारीख:

रोगी के साथ संबंध:

* यदि आपके पास तृतीयक बीमा है तो कृपया तुरंत हमारे कार्यालय को सूचित करें *

दुर्घटना की जानकारी

ऑटो (एनएफ) या श्रमिक मुआवजा (डब्ल्यूसी)

क्या यह काम संबंधित है?

 हाँ नहीं

कार दुर्घटना?

 हाँ नहीं

दुर्घटना / चोट की तारीख:

दुर्घटना किस राज्य में हुई:

सर्जरी ?

 हाँ नहीं

सर्जरी की तारीख:

वकील की जानकारी:

नाम

व्यापारिक प्रतिष्ठान

वकील का पता:

संख्या/सड़क

शहर

राज्य

ज़िप कोड

एनएफ/डब्ल्यूसी बीमा वाहक:

दक्लेम# :

बीमा पॉलिसी # :

समायोजनकर्ता का नाम:

फोन नंबर:

समायोजक ईमेल:

फ़ैक्स नंबर:

क्या आपका दावा खुला है?

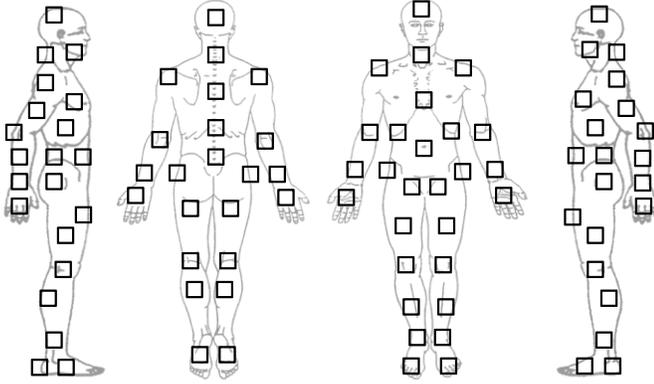
 हाँ नहीं

क्या आपके समायोजक को पता है कि आप चिकित्सा शुरू कर रहे हैं?

 हाँ नहीं

चिकित्सा इतिहास

कृपया इंगित करें कि आपको दर्द या अन्य लक्षण कहाँ हैं



कोई नहीं 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *असह्य*

ऊंचाई: _____ वजन: _____

दवाओं:
कृपया उन सभी काउंटर और प्रिस्क्रिप्शन दवाओं को सूचीबद्ध करें जो आप वर्तमान में ले रहे हैं।
खुराक और आवृत्ति शामिल करें।

सर्जिकल इतिहास:
आपके ऊपर की गई किसी भी सर्जिकल प्रक्रियाओं और उसकी तिथियों को सूचीबद्ध करें।

नैदानिक टेस्टिंग:
कृपया इस स्थिति के लिए आपके ऊपर किए गए किसी भी नैदानिक परीक्षण और / या उपचार सूचीबद्ध करें।

<input type="checkbox"/> एमआरआई	<input type="checkbox"/> सीटी स्कैन
<input type="checkbox"/> नर्व ब्लॉक	अल्ट्रासाउंड हड्डी
<input type="checkbox"/> एक्स रे	स्कैन
<input type="checkbox"/> रक्त परीक्षण	<input type="checkbox"/> डॉपलर अध्ययन
<input type="checkbox"/> ईएमजी	<input type="checkbox"/> कार्डियक स्ट्रेस टेस्ट
<input type="checkbox"/> इंजेक्शन	<input type="checkbox"/> मूत्र- परीक्षण
<input type="checkbox"/> अन्य _____:	

-
- जन्मजात हृदय दोष कैसर
- हृदय की समस्याएं / हृदय रोग संयुक्त
- प्रतिस्थापन / मरम्मत जोड़, कण्डरा या
- मांसपेशियों में दर्द गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल मुद्दे
- ऑस्टियोपोरोसिस
- त्वचा की समस्याएं,
- पेसमेकर,
- मनोवैज्ञानिक
- उच्च या निम्न रक्तचाप उच्च या निम्न रक्त
- शर्करा छाती में दर्द / एनजाइना /
- पेट में दर्द/सूजन/गैस वातस्फीति
- सांस की कमी
- खराब संतुलन हाल ही में खांसी / घरघराहट या परिश्रम
- चक्कर आना / चक्कर आना / बेहोशी / ब्लैकआउट गठिया
- गंभीर सिरदर्द रूमेटोइड गठिया
- प्रोस्टेट समस्याएं एनीमिया
- मिर्गी / जल्दी विकार अल्सर
- परिसंचरण समस्याएं / रक्त के थक्के अवसाद
- यकृत रोग गुर्दे की
- बीमारी
- यौन संचारित रोग / एचआईवी / एड्स तपेदिक
- फेफड़ों की बीमारी, थायराइड
- की समस्याएं, एलर्जी
- अस्थमा / ब्रोंकाइटिस / निमोनिया / पुरानी खांसी मधुमेह
- आघात
- रासायनिक निर्भरता (शराब) लेटेक्स एलर्जी
- लाइम रोग हेपेटाइटिस ए, बी, सी
- दर्दनाक आंत्र / ढीले मल / कब्ज मल्टीपल स्केलेरोसिस अवसाद
- / चिंता / आतंक हमले
-

अन्य _____:

कृपया उपरोक्त जांच की गई शर्तों के बारे में विवरण प्रदान करें:

PT/OT हस्ताक्षर: _____

रोगी की वित्तीय जिम्मेदारी

जेएजी फिजिकल थेरेपी का फोकस आपके समग्र स्वास्थ्य और कल्याण है। जैसा कि हम इन मानकों को पूरा करने में आपकी सहायता करने का प्रयास करना जारी रखते हैं, हमारे लिए यह महत्वपूर्ण है कि आप "चिकित्सकीय रूप से आवश्यक", "चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त", "लाभ अधिकतम मेट" शब्दों को समझें और यह आपके उपचार से कैसे संबंधित है।

"चिकित्सकीय रूप से आवश्यक" को उपचार या सेवाओं के रूप में परिभाषित किया गया है जो आपके निदान के लिए विशिष्ट हैं। जब उपचार चिकित्सकीय रूप से आवश्यक माना जाता है, तो आपकी बीमा कंपनी फिजिकल थेरेपि देखभाल के अनुसार प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए जेएजी पीटी की प्रतिपूर्ति करेगी, जिसका हमारे अनुबंध समझौते के आधार पर बेहतर कार्य को दस्तावेज करने से सीधा संबंध है।

"चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त" या "लाभ अधिकतम": बीमा कंपनियां उपचार के बावजूद देखभाल से इनकार कर सकती हैं जो आपके दर्द को प्रबंधित करने, कम करने या समाप्त करना जारी रखती हैं। यह आपकी परिस्थितियों के लिए "चिकित्सकीय रूप से उपयुक्त" हो सकता है, लेकिन आपके बीमा वाहक द्वारा "चिकित्सकीय रूप से आवश्यक" नहीं माना जा सकता है। लाभ अधिकतम को एक विशिष्ट समय सीमा के दौरान आपकी बीमा पॉलिसी द्वारा अनुमत भौतिक चिकित्सा यात्राओं की एक विशिष्ट संख्या के रूप में परिभाषित किया गया है। अधिकांश उपचार एक ऐसे बिंदु पर पहुंचते हैं जहां कोई और सुधार की उम्मीद नहीं की जा सकती है। इसे अधिकतम चिकित्सीय लाभ (एमटीबी) का बिंदु कहा जाता है। एमटीबी तक तब पहुंचा जा सकता है जब शिकायतें या तो पूरी तरह से हल हो जाती हैं, या जब दर्द और / या विकलांगता बनी रहती है - यहां तक कि चल रहे उपचार के साथ भी।

"इनकार / अपील": सेवाओं से इनकार किए जाने पर बीमा प्रदाता के साथ अपील शुरू करना एक रोगी की जिम्मेदारी है। जेएजी फिजिकल थेरेपी अनुरोध पर

आवश्यक नैदानिक जानकारी प्रदान करेगी।

यदि आपकी बीमा कंपनी यह निर्धारित करती है कि सेवाएं अब चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं, तो आपको प्रदान की गई सेवाओं के लिए \$ 100.00 प्रति विज़िट का बिल दिया जाएगा।

मैं समझता हूँ कि मेरे बीमा वाहक के साथ मेरे कवरेज की पुष्टि करना मेरी जिम्मेदारी है और जेएजी फिजिकल थेरेपी मेरे लिए शिष्टाचार के रूप में इस तरह के कवरेज को सत्यापित कर सकती है। जेएजी पीटी को सेवाओं के बाद आपके बीमा वाहक द्वारा प्रदान की गई गलत जानकारी या इनकार के लिए जिम्मेदार या उत्तरदायी नहीं ठहराया जाएगा।

नीचे मेरा हस्ताक्षर स्वीकार करता है कि मैंने पढ़ा है और पूरी तरह से समझता हूँ कि:

- जेएजी फिजिकल थेरेपी ने चिकित्सा आवश्यकता सीमाओं, चिकित्सकीय रूप से उचित देखभाल और मेरी बीमा कंपनी की अनुमति के अनुसार कार्यालय की विज़िट संख्या पर चर्चा की है।
- मुझे मेरी वित्तीय जिम्मेदारी के बारे में सूचित किया गया है यदि मेरी बीमा कंपनी इन सेवाओं के सभी या कुछ हिस्सों को चिकित्सकीय रूप से अस्वीकार नहीं करती है।
- मैं उस समय वंचित सेवाओं के लिए भुगतान करने की वित्तीय जिम्मेदारी को पूरी तरह से स्वीकार करता हूँ जब मेरा बीमा वाहक मेरे इलाज को नहीं मानता है।
जब उपचार चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं हैं।
- आप अंततः अपने उपचार या देखभाल से उत्पन्न सभी भुगतान दायित्वों के लिए जिम्मेदार हैं और इन सेवाओं के लिए भुगतान की गारंटी देते हैं। आप कटौती, सह-भुगतान, सह-बीमा राशि या किसी अन्य रोगी जिम्मेदारी के लिए जिम्मेदार हैं।
आपके बीमा वाहक द्वारा इंगित किया गया है।

रोगी का नाम:

तारीख:

रोगी के हस्ताक्षर:

सहमति और प्रकटीकरण

(१) परिवार या दोस्तों को जानकारी जारी करने के लिए सहमति

आम तौर पर, मेडिकल रिकॉर्ड या बिलिंग जानकारी की चर्चा किसी और को नहीं बल्कि फोन पर खुद को बताई जाएगी। हालांकि, आपकी सहमति के साथ, हमारे कर्मचारी आपके महत्वपूर्ण अन्य, करीबी परिवार के सदस्य या अन्य नामित व्यक्ति से बात करेंगे। कृपया समझें कि यदि यह सहमति दी जाती है तो आप गोपनीयता के अपने अधिकार को माफ कर रहे हैं।

_____ सहमति देने के लिए यहां शुरुआत

मैं जेएजी फिजिकल थेरेपी कार्यालय के कर्मचारियों को अपनी चिकित्सा स्थिति या बिलिंग चिंताओं पर चर्चा करने के लिए अपनी सहमति दे रहा हूँ।
व्यक्ति / व्यक्ति जिन्हें मैंने नीचे नामित किया है।

नाम: _____ नाता: _____

नाम: _____ नाता: _____

नाम: _____ नाता: _____

(२) टेलीफोन उत्तर देने वाली मशीन को जानकारी जारी करने की सहमति

आपकी गोपनीयता की रक्षा करने के प्रयास में, चिकित्सा इतिहास और नियुक्ति अनुस्मारक विनिर्देश (दिनांक और समय सहित) को आपकी उत्तर देने वाली मशीन, ईमेल और / या पाठ संदेश में प्राप्त नहीं किया जाएगा; हालांकि, यदि आप हमें ऐसा करना पसंद करते हैं, तो हम आपकी सहमति से कर सकते हैं। कृपया समझें कि यदि आप अपनी अनुमति देते हैं तो आप गोपनीयता के अपने अधिकार को माफ कर रहे हैं।

_____ सहमति देने के लिए यहां शुरुआत

मैं जेएजी फिजिकल थेरेपी कार्यालय के कर्मचारियों को अपने टेलीफोन आंसरिंग मशीन, ईमेल और / या टेक्स्ट मैसेज पर चिकित्सा इतिहास या नियुक्ति अनुस्मारक (तिथि और समय सहित) छोड़ने के लिए अपनी सहमति दे रहा हूँ।

_____ सहमति को अस्वीकार करने के लिए यहां शुरुआत।

(३) चिकित्सा दावों के इलाज और प्रस्तुत करने के लिए रोगी प्राधिकरण

मैं प्रदान की गई सभी फिजिकल थेरेपी सेवाओं के लिए जेएजी फिजिकल थेरेपी, एलएलसी को भुगतान करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं यह भी समझता हूँ और सहमत हूँ कि मेरी बीमा स्थिति की परवाह किए बिना, मैं अंततः प्रदान की गई किसी भी पेशेवर सेवाओं के लिए अपने खाते के शेष के लिए जिम्मेदार हूँ।

मैं देखभाल की योजना के अनुरूप जेएजी फिजिकल थेरेपी, एलएलसी से उपचार प्राप्त करने के लिए मूल्यांकन करने और प्राप्त करने के लिए सहमति देता हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मुझे सूचित किया गया है और जेएजी फिजिकल थेरेपी एलएलसी द्वारा की जाने वाली देखभाल और प्रक्रिया (ओं) की योजना बनाने में भाग लिया है और इस सहमति पर स्वेच्छा से और स्वेच्छा से हस्ताक्षर किए हैं।

मैं अपनी देखभाल में शामिल अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं या तीसरे पक्ष के भुगतानकर्ताओं के लिए अपने मेडिकल रिकॉर्ड के सभी या किसी भी हिस्से की जानकारी और / या प्रकटीकरण जारी करने और / या प्रकटीकरण के लिए सहमति देता हूँ, जैसा कि दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक है।

मुझे पता है कि मेरा बच्चा जेएजी फिजिकल थेरेपी में शारीरिक / व्यावसायिक चिकित्सा प्राप्त कर रहा है। मैं उनके कार्यालय के दौरो में शामिल होने में असमर्थ हूँ।
कृपया इस फॉर्म को मेरे बच्चे के इलाज के लिए मेरी सहमति के रूप में स्वीकार करें। माता-

पिता / अभिभावक आद्याक्षर यदि लागू हों:

मैंने उपरोक्त सहमति और प्रकटीकरण को पढ़ा और पूरी तरह से समझा है।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

नाबालिग के लिए माता-पिता के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

सूचना

जेएजी फिजिकल थेरेपी नो शो/कैंसिलेशन पॉलिसी

अन्य रोगियों के साथ-साथ जेएजी फिजिकल थेरेपी स्टाफ के लिए शिष्टाचार के रूप में, हम आपकी निर्धारित नियुक्ति से कम से कम 24 घंटे पहले नियुक्तियों को रद्द करने के लिए अधिसूचना की कॉल की सराहना करेंगे। कृपया रद्द करने के बाद अपनी नियुक्ति को पुनर्निर्धारित करना सुनिश्चित करें। यदि कोई कॉल प्राप्त / प्रलेखित नहीं किया जाता है, तो आपकी यात्रा को "नो शो" के रूप में गिना जाएगा।

पूर्व सूचना के बिना अपनी निर्धारित नियुक्ति को गायब करने या नहीं दिखाने के संदर्भ में, आपकी अगली यात्रा पर \$ 35 का शुल्क एकत्र किया जाएगा। उम्मीद है कि यह नीति बेहतर शेड्यूलिंग उपलब्धता सुनिश्चित करेगी ताकि अन्य रोगियों के लिए अपॉइंटमेंट को अवरुद्ध न किया जा सके। यदि आपकी निर्धारित नियुक्ति के बारे में कोई गलतफहमी या गलतफहमी है, तो कृपया हमारे कार्यालय प्रबंधक से बात करें।

रेफरल

कृपया जांचें कि क्या आपके बीमा वाहक को आपके प्राथमिक देखभाल चिकित्सक से रेफरल की आवश्यकता है।

रेफरल रोगी की जिम्मेदारी है और किसी भी बीमा इनकार से बचने के लिए समय पर जेएजी भौतिक चिकित्सा को पूरा किया जाना चाहिए और चालू किया जाना चाहिए।

लाभों का सत्यापन

जेएजी फिजिकल थेरेपी रोगी के शिष्टाचार के रूप में आपके बीमा वाहक के साथ रोगी के लाभों की पुष्टि करती है। उद्धृत लाभ नहीं हैं भुगतान की गारंटी। रोगी अंततः जेएजी फिजिकल थेरेपी में प्रदान की गई किसी भी वंचित सेवाओं के लिए जिम्मेदार है।

केवल रोगियों तक सीधी पहुंच

सीधी पहुंच के तहत, रोगी को एक चिकित्सक से रेफरल के बिना 10 यात्राओं या 30 दिनों के लिए इलाज किया जा सकता है।

हमें रोगी को सूचित करना आवश्यक है कि रोगी की स्वास्थ्य योजना या बीमाकर्ता रेफरल के बिना उपचार को कवर नहीं कर सकता है। इसके अलावा, हम रोगी को सूचित करते हैं कि सेवाओं को उनके स्वास्थ्य योजना या बीमाकर्ता द्वारा रेफरल के साथ कवर किया जा सकता है। हम यात्रा के समय स्वास्थ्य लाभ ों को सत्यापित करेंगे और रोगी को उनके भौतिक चिकित्सा लाभों के बारे में सूचित करेंगे। लाभ भुगतान की गारंटी नहीं है।

यदि रोगी की आयु 18 वर्ष से कम है, तो माता-पिता या अभिभावक को इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करना होगा।

मैं _____ उपरोक्त पढ़ा है और समझ गया है कि अगर मेरे स्वास्थ्य योजना या बीमाकर्ता द्वारा इनकार कर दिया जाता है तो मुझे सेवाओं के लिए बिल दिया जा सकता है।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

माता-पिता / अभिभावक हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

श्रमिक मुआवजा और कोई गलती नहीं करने वाले रोगी - समझौते की अधिसूचना (आईएमई)

मरीजों को अपने बीमा वाहक के साथ अपने निर्धारित स्वतंत्र चिकित्सा परीक्षा (आईएमई) के सामने कार्यालय को सूचित करने के लिए जिम्मेदार हैं। ये परीक्षाएं निर्धारित करती हैं कि क्या आप अपने केस लाभों के तहत उपचार जारी रख पाएंगे। आप, रोगी, आपके चिकित्सक के साथ, परीक्षा के 7-10 दिन बाद एक निर्धारण पत्र प्राप्त होगा। रोगी जेएजी फिजिकल थेरेपी को निर्धारण की एक प्रति प्रदान करने के लिए जिम्मेदार है।

परीक्षा परिणामों की प्रतीक्षा करते समय किए गए उपचार से इनकार किया जा सकता है यदि निर्धारण नकारात्मक परिणाम के साथ वापस आ जाता है। इस घटना में वित्तीय जिम्मेदारी रोगी की हो जाती है, यदि आप निर्धारण प्राप्त करने से पहले आईएमई निर्धारित तिथि या उसके बाद के दिनों में उपचार प्राप्त करना चुनते हैं।

यदि आपके पास श्रमिक मुआवजा या नो-फॉल्ट रोगी के रूप में अपनी जिम्मेदारियों से संबंधित कोई प्रश्न होना चाहिए, तो कृपया बेझिझक महसूस करें अपनी उपचार सुविधा में कार्यालय प्रबंधक से बात करें।

मैं _____ रोगी समझता है कि इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके मैं जिम्मेदारी स्वीकार करता हूँ। मेरे मामले की आवश्यकताओं के आधार पर अधिसूचना और नियुक्ति शेड्यूलिंग।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

रोगी के अधिकारों का बिल

जेएजी फिजिकल थेरेपी यह सुनिश्चित करने का प्रयास करती है कि प्रत्येक रोगी को उच्च पेशेवर मानकों के अनुसार देखभाल की उच्चतम गुणवत्ता प्रदान की जाती है जो लगातार बनाए रखी जाती है और समीक्षा की जाती है। हम समझते हैं कि रोगियों ने अपनी देखभाल हमें सौंपी है और हम सभी रोगियों को गरिमा, सम्मान के साथ इलाज करते हैं, और केवल आवश्यकतानुसार उचित सेवाएं प्रदान करते हैं। उपचार के लिए सूचित सहमति की आवश्यकता से, हम आश्वासन देते हैं कि प्रत्येक रोगी और / या उसके प्रतिनिधि एक उपचार योजना के पहलुओं में शामिल हैं। रोगियों और उनके प्रतिनिधियों को अपने स्वयं के चिकित्सा देखभाल कार्यक्रम से संबंधित उनकी गोपनीयता पर विचार किया जाता है। मामले की चर्चा, परामर्श, परीक्षा और उपचार को गोपनीय माना जाता है और इसे असतत रूप से आयोजित किया जाना चाहिए। रोगी को निदान, उपचार और रोग का निदान करने के बारे में आम आदमी की शर्तों में पूरी जानकारी का अधिकार है, जिसमें वैकल्पिक उपचार और संभावित जटिलताओं के बारे में जानकारी शामिल है। हम उपचार योजना और कार्यान्वयन प्रक्रिया में उनकी भावना, रुचि, दृष्टिकोण और लक्ष्यों को शामिल करके रोगियों को उनके उपचार कार्यक्रम में शामिल करने का प्रयास करेंगे। एक रोगी को जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन वरीयता या राष्ट्रीय मूल के आधार पर भेदभाव के बिना भौतिक चिकित्सा सेवाओं का अधिकार है।

मैंने उपरोक्त रोगी बिल ऑफ राइट्स को पढ़ा और पूरी तरह से समझा है।

रोगी के हस्ताक्षर: _____

तारीख: _____

नाबालिग के लिए माता-पिता के हस्ताक्षर: _____

तारीख: _____