

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

ИНФОРМАЦИЯ ПАЦИЕНТА / PATIENT INFORMATION

ФИО/NAME _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ/DOB _____ ВОЗРАСТ/AGE _____

АДРЕС/ADDRESS _____ ГОРОД/CITY _____

ШТАТ/STATE _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС/ZIP CODE _____ МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН/CELL PHONE # _____

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ/E-MAIL ADDRESS: _____

НАПРАВЛЕН(А) В НАШУ КЛИНИКУ (ОТМЕТИТЬ НУЖНЫЙ ВАРИАНТ)/Referred to our clinic by (please check one box):

- ДОКТОР /Dr. _____ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ/Insurance Plan ГОСПИТАЛЬ /Hospital
- СЕМЬЯ/Family ДРУГ/Friend БЛИЗКО К ДОМУ/РАБОТЕ/Close to home/work ЖЕЛТЫЕ СТРАНИЦЫ/Yellow Pages
- ИНТЕРНЕТ/Internet ДРУГОЕ/Other _____

ИМЯ ВАШЕГО ТЕРАПЕВТА/PCP'S NAME _____ ТЕЛЕФОН/PHONE # _____

НАЗВАНИЕ И ИНДЕКС АПТЕКИ/PHARMACY NAME & ZIP CODE _____ ТЕЛЕФОН/PHONE # _____

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ/MARITAL STATUS:

- НЕ ЖЕНАТ/НЕ ЗАМУЖЕМ/SINGLE ЖЕНАТ\ЗАМУЖЕМ/MARRIED В РАЗВОД)/DIVORCED ВДОВЕЦ\ВДОВА/WIDOWED

ФИО СУПРУГА/СУПРУГИ/SPOUSE'S NAME _____ ТЕЛЕФОН/PHONE # _____

ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО КОНТАКТА, ИМЯ/EMERGENCY CONTACT NAME _____ ТЕЛЕФОН/PHONE # _____

КЕМ ВАМ ЯВЛЯЕТСЯ/RELATIONSHIP TO YOU _____

ИНФОРМАЦИЯ СТРАХОВКИ / INSURANCE INFORMATION

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/PRIMARY INSURANCE _____ НОМЕР СТРАХОВКИ/MEMBER ID _____

ИМЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА/INSURED'S NAME _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ/DATE OF BIRTH _____

КЕМ ДЛЯ ВАС ЯВЛЯЕТСЯ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО/YOUR RELATIONSHIP TO INSURED _____

ВТОРИЧНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ (ЕСЛИ ЕСТЬ)/SECONDARY INSURANCE (IF ANY) _____ НОМЕР СТРАХОВКИ/MEMBER ID _____

ИМЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА/INSURED'S NAME _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ/DATE OF BIRTH _____

КЕМ ДЛЯ ВАС ЯВЛЯЕТСЯ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО/YOUR RELATIONSHIP TO INSURED _____

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТРАХОВЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ / ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS AND RELEASE OF INFORMATION

Настоящим документом я разрешаю выплачивать напрямую врачу все пособия, применимые или же выплачиваемые мне от моей страховой компании, НМО или других третьих лиц, или за услуги, оказываемые врачом, и я также разрешаю выпуск любой медицинской информации, необходимой для обработки этого запроса.

I hereby authorize payment directly to the physician of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party pay or, for services rendered by the physician and I also authorize the release of any medical information necessary to process this claim.

Подпись/Signature

Дата/Date

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

УСЛОВИЯ ПЛАТЕЖА / TERMS OF PAYMENT

Счет от всех сооплатежей, вычитаемых и/или сострахования подлежат оплате во время обслуживания. Как один из видов услуг, наш офис выпишет счет вашей страховой компании. Будучи участником партнерства с большинством страховых компаний, которые в свою очередь требуют, чтобы мы взимали эти сборы, поскольку они являются условиями вашего контракта на медицинское обслуживание. Также, пациенты в конечном счете несут ответственность за все остатки платежей. Для вашего удобства мы принимаем кредитные карты, включая Visa, MasterCard, и Debit Cards.

Из-за регулярных обновлений в медицинском страховании ваша ответственность заключается в том, чтобы знать какие именно медицинские услуги покрываются. Если у вас возникнут какие-либо вопросы относительно того, рассматривается ли какая-либо определенная процедура, мы рекомендуем вам позвонить в страховую компанию и выяснить, что именно делает ваш контракт. Их представители обслуживания клиентов будут рады помочь вам.

Payments of all co-pays, deductibles, and/or coinsurance are due at the time of service. As a service to you, our office will bill your insurance company. Being a participating provider with most insurance companies, the insurance companies require that we collect these fees, as they are terms of your health care contract. Additionally, patients are ultimately responsible for all balances. For your convenience, we accept credit cards including Visa, MasterCard, and Debit Cards.

Due to the constant changes in health insurance it is **your responsibility** to know your health coverage. If you should have any questions regarding if a certain procedure is covered, it is to your advantage to call your insurance company and find out exactly what your contract covers. Their customer service representatives will be happy to assist you.

СТОИМОСТЬ И СТРАХОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПРЕДПИСАНИЯ / FEES AND INSURANCE INFORMATION / PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

Я понимаю, что я несу финансовую ответственность перед врачом за все счета, которые страховая компания отказывается оплатить. Я абсолютно понимаю, что напрямую несу ответственность за оплату Докторскому офису за все предоставленные мне медицинские услуги. Я согласен оплатить все денежные сборы, включая крайне необходимые юридические расходы на подачу иска для взимания задолжности. Если страховые претензии поданы этим офисом на мое имя, я разрешаю копировать данное соглашение, которое может использоваться вместо оригинала. Ваша медицинская страховка - это договор между вами и вашим страховым агентом, и условия договора варьируются в зависимости от условий соглашения. Вы будете нести ответственность за свой конечный счет после двухмесячного периода от момента его выставления, если ваша страховая компания не возместила его нам.

I understand that I am financially responsible to the physician for any and all charges that the carrier declines to pay. I fully understand that I am directly responsible for the payment to the Physician's office for all medical services rendered to me. I agree to pay all collection costs including reasonable attorney's fees and costs in the event it becomes necessary to file suit to effect payment. If insurance claims are filed by this office on my behalf, I permit a copy of the authorization to be used in place of the original.

Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of the policy. Due to multiple problems with billing and collections, effective immediately, you will be responsible for your total bill after two-month period from the time that it was filled, if your insurance company has not reimbursed us.

Имя пациента (печатными буквами)/Patient Name (Please Print)

Подпись пациента/Patient Signature

Дата/Date

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

ПРАВИЛА ОБМЕНА/ОТМЕНЫ / REFERRAL / CANCELLATION POLICY

Спасибо, что выбрали нас своим медицинским представителем. Наши сотрудники и врач обязуются предоставить вам лучшее обслуживание, которое мы можем. Ниже приводится заявление о правилах нашего офиса, с которыми мы просим вас ознакомиться и подписать.

Нам необходимы 24-48 часов для обработки рецептурных запросов и новых выписок.

В случае, чтобы записаться на прием по направлению от другого доктора, когда ваша страховка требует официальное направление от вашего врача, пожалуйста, учитывайте 3 рабочих дня предварительно до записи на прием к нам, чтобы гарантировать, что мы получим официальное разрешение вас принять. Если вы желаете записаться к нам на прием без надлежащего разрешения, вам будет отказано в этом, заявив, что вы предупреждены о том, что авторизация не получена и ее хотели бы видеть. Вы будете нести ответственность за любые расходы, которые ваша страховка отрицает из-за несанкционированного посещения.

Если вы опоздаете на назначенное для вас время приема, вас могут попросить перепланировать, или вам, возможно, придется ждать, чтобы вас приняли между или после других пациентов, которые прибыли вовремя.

Если вы не отменили прием за 24 часа предварительно, то мы оставляем за собой право взимать плату за отмену и позднюю отмену в размере \$25.00 и выше.

Пожалуйста, помогите нам обслужить вас наилучшим образом, соблюдая запланированные встречи.

Thank you for choosing us as your health care provider. Our staff and physician are committed to providing you the best service we can. The following is a statement of our office policy which we request you read and sign.

We ask 24-48 hours to process prescription requests and prescription refills.

If you are calling to make an appointment from a referring physician and your insurance requires a referral to be seen, please allow at least 3 business days prior to appointment to assure we receive the authorization. If you choose to be seen without proper authorization, you will be given a waiver to sign stating you are aware authorization has not been received and would like to be seen. You will be responsible for any charges your insurance denies because of un-authorized visit.

Should you arrive late to your appointment, you may be asked to reschedule, or you may have to wait to be seen between or after other patients who have arrived on time.

Unless canceled at least 24 hours in advance, we reserve the right to charge a No Show/Late cancellation fee of up to \$25.00. Please help us better serve you better by keeping your scheduled appointments.

Имя пациента (печатными буквами)/Patient Name (Please Print)

Подпись пациента/Patient Signature

Дата/Date

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

ВЕРСИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЗАПИСИ / RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Эта форма согласия позволяет Кардиологической Клинике во Флориде, использовать информацию обо мне под защитой Медицинской Страховой компании и Акта Подотчетности от 1996. Эта информация может быть использована и раскрыта для проведения лечения, оплаты или здравоохранения.

Кардиологическая Клиника во Флориде, предоставила мне уведомление о конфиденциальности, которое более полно описывает виды использования и раскрытия информации. Клиника представила это уведомление для подписания мной этой формы в соответствии с моим правом пересмотреть все методы до подписания согласия.

Я понимаю, что условия Уведомления о соблюдении конфиденциальности могут измениться и я могу получить пересмотренные уведомления, обратившись к сотруднику по вопросам конфиденциальности в Кардиологическую Клинику во Флориде.

_____ Таким образом я подтверждаю, что Кардиологическая Клиника Флориды может раскрывать мою медицинскую информацию любому лицу (лицам), которые сопровождают меня до моего назначения, и присутствуют у меня в клинике, пока я встречаюсь с медицинским представителем.

_____ Таким образом я разрешаю, чтобы Кардиологическая Клиника во Флориде, может раскрыть мою личную информацию о здоровье человеку, которого я указал в качестве своего экстренного контакта.

_____ Таким образом я разрешаю, чтобы Кардиологическая Клиника во Флориде, может раскрыть мою личную информацию о здоровье первоначально следующему лицу (лицам):

This consent form allows Florida Heart Clinic, LLC to use and disclose information about me protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. This information may be used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations.

Florida Heart Clinic, LLC has provided me with a Notice of Privacy Practices, which more completely describes such uses and disclosures. It provided this notice prior to my signing this form in accordance with my right to review its practices before signing consent.

I understand that the terms of the Notice of Privacy Practices may change and that I may obtain revised notices by contacting the Privacy Officer at Florida Heart Clinic.

_____ I hereby authorize that Florida Heart Clinic, LLC may disclose my health information to any person(s) who accompany me to my appointment and are present with me in the clinic while I meet with my healthcare provider(s).

_____ I hereby authorize that Florida Heart Clinic, LLC may disclose my personal health information to the person who I have listed as my emergency contact.

_____ I hereby authorize that Florida Heart Clinic, LLC may disclose my personal health information to the Initial following person(s):

	Имя / Name	Номер телефона / Telephone number	Кем приходится пациенту / Relationship to Patient
1.			
2.			
3.			

Я понимаю, что в любое время я имею право отозвать это согласие при условии, что я это сделаю в письменной форме, но что службы Кардиологической Клиники во Флориде могут по-прежнему использовать информацию для выполнения любых действий, которые были начаты до моего отзыва, и которые полагаются на защиту моей медицинской информации. Я понимаю, что Кардиологическая Клиника во Флориде может отказаться от службы, если я отозвал это согласие.

Я понимаю, что имею право запросить - теперь и в будущем - как защищенная медицинская информация используется или раскрывается для проведения лечения, оплаты и медицинского обслуживания и запрос должен быть предоставлен мной в письменной форме.

Я понимаю, что, хотя Кардиологическая Клиника во Флориде не обязана согласиться с запрошенными мной ограничениями, но если она действительно согласна, она связана этим соглашением.

Я понимаю, что Кардиологическая Клиника во Флориде может отказаться от услуг, если я откажусь подписать это согласие.

I understand that at any time I have the right to revoke this consent provided that I do so in writing, but that Florida Heart Clinic, LLC services may still use information to complete any actions that it began prior to my revoking consent and which rely on my protected health information. I understand that Florida Heart Clinic, LLC may refuse service if I revoke this consent.

I understand that I have the right to request – now and in the future – how protected health information is used or disclosed to carryout treatment, payment and health care operations, and must be provided by me in writing. I understand that while Florida Heart Clinic, LLC is not required to agree to my requested restrictions, if it does agree, it is bound by that agreement.

I understand that Florida Heart Clinic, LLC may refuse me services if I refuse to sign this consent.

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

ОФИЦИАЛЬНАЯ ФОРМА/ ACKNOWLEDGEMENT FORM

1. наша заверенная медицинская информация / 1. OUR PLEDGE REGARDING MEDICAL INFORMATION

Конфиденциальность вашей медицинской информации важна для нас. Мы понимаем, что ваша медицинская информация является личной, и мы стремимся ее защитить. Мы создаем запись учета услуг, которые вы получаете в нашей организации. Нам нужна эта запись, чтобы обеспечить вам качественный уход и соблюдать определенные юридические требования. Это уведомление расскажет вам о способах использования и обмена вашей медицинской информацией. Мы также описываем ваши права и определенные обязанности, которые мы имеем относительно использования и раскрытия медицинской информации.

The privacy of your medical information is important to us. We understand that your medical information is personal, and we are committed to protecting it. We create a record of the care and services you receive at our organization. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice will tell you about the ways we may use and share medical information about you. We also describe your rights and certain duties we have regarding the use and disclosure of medical information.

2. НАШИ ОБЯЗАННОСТИ / 2. OUR LEGAL DUTY

Закон требует от нас:

1. Хранить вашу медицинскую информацию в частном порядке.
2. Дать вам это уведомление, описывающее наши юридические обязанности, правила конфиденциальности и ваши права в отношении вашей медицинской информации.
3. Следовать условиям действующего уведомления

Мы имеем право:

1. Изменить наши правила конфиденциальности и условия этого уведомления в любое время при условии, что изменения разрешены законом.
2. Внести изменения в нашу практику конфиденциальности и новые условия нашего уведомления, действующие для всей медицинской информации, которую мы сохраняем, включая информацию, ранее созданную или полученную до изменений.

Уведомление об изменении конфиденциальности:

1. Прежде чем мы внесем важные изменения в наши правила конфиденциальности, мы изменим это уведомление и сделаем его доступным по запросу.

Law Requires Us to:

1. Keep your medical information private.
2. Give you this notice describing our legal duties, privacy practices, and your rights regarding your medical information.
3. Follow the terms of the notice that is now in effect

We Have the Right to:

1. Change our privacy practices and the terms of this notice at any time, provided that the changes are permitted by law.
2. Make the changes in our privacy practices and the new terms of our notice effective for all medical information that we keep, including information previously created or received before the changes.

Notice of Change to Privacy Practices:

1. Before we make an important change in our privacy practices, we will change this notice and make the new notice available upon request.

Имя пациента (печатными буквами)/Patient Name (Please Print)

Подпись пациента/Patient Signature

Дата/Date

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

3. использование и раскрытие вашей медицинской информации/3. USE AND DISCLOSURE OF YOUR MEDICAL INFORMATION

В следующем разделе описаны различные способы использования и раскрытия медицинской информации. Не все виды использования или раскрытия будут перечислены. Однако мы перечислили все способы, которые нам разрешено использовать и раскрывать медицинскую информацию. Мы не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для любых целей, не указанных ниже, без вашего письменного разрешения. Любое конкретное письменное разрешение, которое вы предоставляете, может быть отозвано в любое время, написав нам.

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ: Мы можем использовать медицинскую информацию о вас, чтобы предоставить вам медицинскую помощь или услуги. Мы можем раскрыть медицинскую информацию о вас врачам, медсестрам, техникам, студентам-медикам или другим людям, которые заботятся о вас. Мы также можем поделиться медицинской информацией о вас с вашими другими медицинскими представителями, чтобы помочь им в лечении вас

ДЛЯ ОПЛАТЫ: Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для оплаты.

ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ: мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для наших медицинских операций. Это может включать в себя измерение и улучшение качества, оценку эффективности работы сотрудников, проводящих учебные программы, а также получение аккредитации, сертификатов, лицензий и учетных данных, которые нам необходимы для вас.

ЗАЩИТЫ ЗАКОНА: мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для целей, определенных федеральным законом и законодательством штата.

Я прочитал «Уведомление о конфиденциальности», и мне была предоставлена возможность просмотреть его.

The following section describes different ways that we use and disclose medical information. Not every use or disclosure will be listed. However, we have listed all of the different ways we are permitted to use and disclose medical information. We will not use or disclose your medical information for any purpose not listed below, without your specific written authorization. Any specific written authorization you provide may be revoked at any time by writing to us.

FOR TREATMENT: We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, medical students or other people who are taking care of you. We may also share medical information about you to your other health care providers to assist them in treating you

FOR PAYMENT: We may use and disclose your medical information for payment purposes.

FOR HEALTH CARE OPERATIONS: we may use and disclose your medical information for our health care operations. This might include measuring and improving quality, evaluating the performance of Employees conducting training programs, and getting the accreditation, certificates, licenses and credentials we need to serve you.

FOR LAW ENFORCEMENT: we may use and disclose your medical information for purposes as defined by federal and state law.

I have read the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

Имя пациента (печатными буквами)/Patient Name (Please Print)

Подпись пациента/Patient Signature

Дата/Date

FLORIDA HEART CLINIC

CHRISTIAN M. HEESCH, MD

ОТЧЕТ О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ / PATIENT RECORD OF DISCLOSURES

В общем, правило конфиденциальности HIPPA дает отдельным лицам право требовать ограничения на использование и раскрытие их защищенной медицинской информации (PHI).

Индивидууму также предоставляется право запрашивать конфиденциальные сообщения или сообщение PHI должно осуществляться с помощью альтернативных средств, таких как отправка корреспонденции в офис пациента, а не домой.

In general, the HIPPA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI).

The individual is also provided the right to request confidential communications or that a communication of PHI be made by alternative means, such as sending correspondence to the individual's office instead of the individual's home.

Я хочу, чтобы со мной связались следующим образом (отметьте все, что применимо) /I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):

Домашний телефон /Home Telephone: _____

- Оставить сообщение с подробной информацией /Okay to leave message with detailed information
- Оставить сообщение только с номером обратного вызова /Leave message with call-back number only

Рабочий телефон /Work Telephone: _____

- Оставить сообщение с подробной информацией /Okay to leave message with detailed information
- Оставить сообщение только с номером обратного вызова/Leave message with call-back number only

Письменное сообщение /Written communication

- по почте на мой домашний адрес /Okay to mail to my home address
- отправить почту на мой адрес работы / офиса /Okay to mail to my work/office address
- отправить факс на этот номер /Okay to fax to this number _____

Другие /Other _____

Подпись пациента/Patient Signature

Дата/Date

Имя (печатными буквами)/Print name

Дата рождения/Birthdate