

Заполните данный документ в наиболее полной форме, что поможет нам узнать состояние вашего здоровья.

Имя: _____ Дата: _____
Рост: _____ Вес: _____ Доминантная рука: П Л

Локализация и описание боли: _____

Когда началась боль? / _____ / _____ Шкала интенсивности боли: Отсутствие боли 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Острая боль

Боль была спровоцирована травмой? Да Нет

Производственной травмой? Да Нет

Болевые ощущения нарастали постепенно? Да Нет

Исследования и результаты (Рентген, МРТ, КТ-сканирование, исследование проводимости нервов и т. п.) _____

Медицинский анамнез: У вас наблюдались следующие состояния? (Отметьте «Да» или «Нет»)

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Аллергии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Коронарная недостаточность	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Заболевания почек
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Анемия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Диабет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ВИЧ/СПИД
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ангина	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Эпилепсия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Гепатит А, В, С
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Остеоартроз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Лихорадка (острая ревматическая лихорадка/скарлатина)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Заболевания легких
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ревматоидный артрит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Лихорадка (недавно)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Остеопороз
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Бронхит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Застойная сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Припадки
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Рак	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Приступ/Транзиторная ишемическая атака
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Проблемы с кровообращением	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Подагра	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Туберкулез
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кардиостимулятор	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Волчанка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Рассеянный склероз
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Болезнь Паркинсона	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Проблемы со щитовидной железой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Опоясывающий лишай
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Травма в результате дорожно-транспортного происшествия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Недержание кала	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Недержание мочи

У вас недавно наблюдались какие-либо другие серьезные заболевания, проблемы с психическим здоровьем или хронические заболевания?

(Если да, укажите эти проблемы) _____

У вас наблюдается какое-либо из следующих состояний: Онемение или покалывание Да Нет

Головокружение Да Нет

Нарушение зрения Да Нет

Проблемы со слухом Да Нет

Вы сейчас беременны? Да Нет Если да, укажите срок беременности.

Вы курите? Да Нет Бросили (укажите в каком году)

Вы регулярно выполняете физические упражнения? _____ Да Нет Если да, как часто?

У вас за последние 6 месяцев наблюдалось понижение веса по необъяснимым причинам? Да Нет

Хирургический анамнез: Укажите все значительные хирургические процедуры.

Аллергии: Укажите все наблюдаемые у вас виды аллергии (на еду, лекарства, лосьоны, латекс и т. п.) _____

Лекарства: Укажите все лекарства, в том числе безрецептурные препараты, которые вы принимаете.

Название: _____ Назначение: _____

Название: _____ Назначение: _____

Название: _____ Назначение: _____

С какой целью вы проходите физиотерапию или лечение дефектов речи? _____

Вы проходили физиотерапию или лечение дефектов речи в течение последних 12 месяцев? Если да, где и когда? _____

Вышеуказанные данные являются достоверными, и на основе известной мне информация я могу подтвердить, что они соответствуют моему теперешнему состоянию здоровья. Я понимаю, что эта информация является конфиденциальной и предоставляется для обеспечения моей безопасности как пациента медицинского центра HealthONE Rose.

Подпись _____ Дата _____ Время _____



Данные пациента/Бирка

Медицинский анамнез

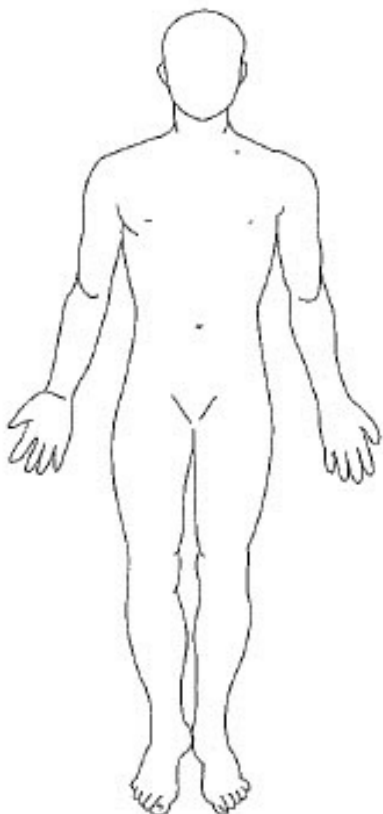


"NNS"
89816 (01/12)

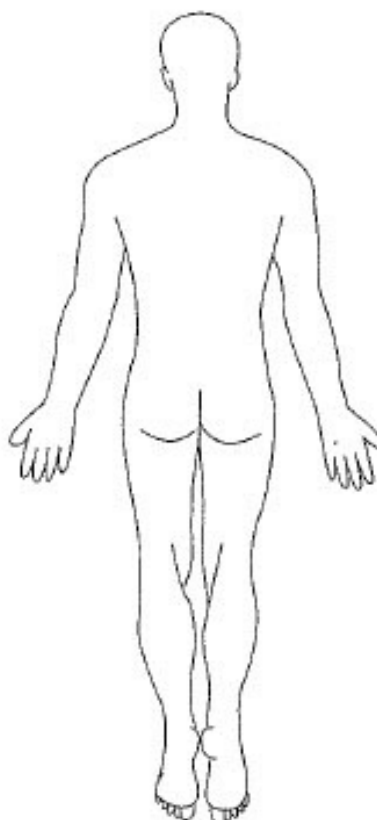
Номер стр. 1 из 2

При помощи нижеуказанных символов пометьте области на вашем теле, где у вас наблюдаются описанные ощущения. Пометьте все пораженные области. Чтобы завершить рисунок, нарисуйте ваше лицо.

Передняя часть туловища



Задняя часть туловища



Онемение
|| |||||

Ощущение покалывания
00000

Ощущение жжения
xxxxx

Режущая боль
/////

Ноющая боль
lllll



Добро пожаловать в Центр спортивной медицины и реабилитации Rose Medical Center! Вы являетесь для нас важным пациентом, и мы назначили этот прием специально для вас. Чтобы вы могли получать все преимущества в рамках вашей программы лечения, вам необходимо посещать каждый назначенный прием и соблюдать несколько простых рекомендаций. Первый прием будет длиться 30–60 минут; визиты для последующего наблюдения будут длиться 30–45 минут. Приезжайте за 20–30 минут до начала приема, чтобы заполнить необходимые документы.

В рамках вашего курса реабилитации мы будем обучать вас, как лечить травму или заболевание. Наши правила разработаны, чтобы обеспечивать непрерывность медицинского обслуживания и процесса выздоровления, а также для сокращения периода недееспособности.

АЛКОГОЛЬ На территории нашего центра запрещено употребление алкоголя и других жидкостей, прием которых не назначен врачом. Если вы употребляли алкоголь или не назначенные врачом препараты перед началом лечения, вы не сможете пройти курс лечения.

ОДЕЖДА Вам необходимо носить удобную, свободную, хорошо сидящую одежду (например, шорты, футболки и спортивные штаны) и удобную обувь.

ПОСЕТИТЕЛИ В связи с незначительной площадью центра и для обеспечения безопасности, дети, другие члены семьи или друзья не допускаются в зоны лечения. Дети, которые находятся в зоне ожидания, ДОЛЖНЫ быть в сопровождении взрослого. Наш персонал не может следить за детьми, которых оставили в зоне ожидания.

СТРАХОВКА До начала лечения мы проверим вашу страховку; несмотря на это, пациент обязан знать, стоимость каких услуг покрывается его страховкой.

Инициалы: _____

ПОСЕЩЕНИЕ

1. Необходимо заранее в кратчайшие сроки сообщать об отмене назначенных приемов, предпочтительно не менее чем за 24 часа до приема.
2. Если вы не смогли прийти на назначенный прием (и не позвонили, чтобы отменить или перенести время приема), считается, что вы не пришли на прием. Мы примем разумные меры, чтобы выяснить, где вы находитесь, но мы не можем это гарантировать.
3. Если вы не приходите на два сеанса терапии или отменяете **в общем три приема для прохождения терапии**, мы оставляем за собой право прекратить ваш курс лечения. Мы позвоним или отправим официальное письмо вашему лечащему врачу, координатору медицинских услуг и/или вашему работодателю/страховой компании, и вы не сможете назначать новое время приема без направления вашего врача.
4. Частота приемов определяется вашим лечащим врачом и терапевтом, исходя из характера вашей травмы или заболевания, что обычно составляет 2–3 раза в неделю. Приемы должны назначаться не менее чем за одну неделю.
5. Вы обязаны договориться о новом времени пропущенного приема, что следует делать в кратчайшие сроки.

Инициалы: _____



“PINS”
89818 (10/11)

Добро пожаловать

Данные пациента/Бирка

Пациенты-участники программы выплаты компенсации работникам

Если вы являетесь пациентом-участником программы выплаты компенсации работникам, и вы не приходите на назначенный прием, мы сообщим вашему работодателю и координатору о том, что вы пропустили прием для проведения терапии. Пропуски и отмены приемов могут повлиять на ваши льготы, предоставляемые в рамках программы выплаты компенсации работникам.

Поскольку вы являетесь пациентом-участником программы выплаты компенсации работникам, вы обязаны знать политику вашего работодателя о времени приемов для проведения терапии. Если вы работаете (даже в неполный рабочий день или с ограниченным кругом обязанностей), ваш работодатель может потребовать, чтобы приемы для проведения терапии назначались в нерабочее время. Проконсультируйтесь с вашим терапевтом и изучите требования вашего работодателя о назначении времени приемов.

Все пациенты:

Если вы беременны, используете кардиостимулятор, слуховой аппарат или страдаете от серьезного медицинского состояния или заболевания, сообщите об этом вашему терапевту.

Также, если в период прохождения терапии, произошли изменения в вашем медицинском анамнезе, сообщите об этом вашему терапевту.

Я прочитал(-а) и полностью понимаю вышеизложенную информацию. Я соглашаюсь соблюдать данные правила во время прохождения терапии, я знаю, что этот документ будет включен в мою медицинскую карту.

Подпись пациента

Дата

Время



"PINS"
89818 (10/11)

Добро пожаловать

Данные пациента/Бирка

Иногда вашему врачу необходимо связываться с вами.

Если вы заполните нижеуказанную форму, это позволит нам улучшить качество вашего обслуживания.

Согласие на получение телефонных сообщений

Для защиты вашей конфиденциальности мы разработали политику отправки сообщений о медицинском обслуживании:

- * Мы будем передавать сообщение **ТОЛЬКО** пациенту или законному опекуну.
- * Мы **НЕ** будем оставлять конфиденциальное сообщение на автоответчике.
- * Мы **НЕ** будем передавать сообщения при помощи службы голосовой почты.

ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ

КОГДА ВЫ ПРЕДОСТАВЛЯЕТЕ НАМ ДЛЯ ЭТОГО ПИСЬМЕННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ.

Прочтите нижеизложенную информацию и решите, кому будет разрешен доступ к вашей конфиденциальной медицинской информации.

Я, _____ даю HealthONE разрешение говорить с и/или передавать мне телефонное сообщение о моем медицинском обслуживании и/или оплате счетов через следующих лиц. Я полностью понимаю, что данное согласие остается в силе до момента его аннулирования в письменной форме.

Номер домашнего телефона _____

Инициалы _____

Номер рабочего телефона _____

Инициалы _____

Номер мобильного телефона _____

Инициалы _____

Супруг (супруга)/Опекун _____

Инициалы _____

Имя: _____

Прочие лица _____

Инициалы _____

Имя: _____

Подпись: _____ Дата: _____ Время: _____



Как мы можем связаться с вами?

“ADMIN”
89817 (01/12)

Данные пациента/Бирка

Тест на туберкулез, респираторные заболевания и грипп для прохождения пропускного пункта

Имя: _____ Дата: _____

Пожалуйста, отметьте «Да»/«Нет», отвечая на следующие вопросы.

Наблюдается ли в данный момент у пациента или наблюдалось ли у пациента в течение последних 7 дней следующее:

	Да (Д)	Нет (Н)
Температура, превышающая 100,4		
Кашель		
Кашель, продолжающийся более 3 недель		
Кашель с кровяными выделениями		
Боли в горле		
Ночная потливость		
Необъяснимая потеря веса		
Утомляемость		
Боли в теле		
Сыпь		
Заложенность носа, не связанная с аллергическими реакциями или синуситом		
Заболевание туберкулезом или положительная реакция Манту в прошлом		
Близкий контакт с лицом, страдающим туберкулезом		
Близкий контакт с лицом, страдающим гриппоподобным заболеванием		
Выезд за пределы США в течение последних двух недель Да – Название страны _____		
В последнее время вступали ли вы в контакт с лицом, пострадавшим от укусов постельных клопов, или оказывались ли вы в среде, в которой присутствовали постельные клопы?		