



## **P D REHAB, INC.**

### **Physical Therapy & Wellness Center**

Prospect Heights / Bloomingdale / Chicago \* Phone: (847) 459-4779 \* Fax: (847) 459-5771

[www.PDRehab.com](http://www.PDRehab.com)

Witamy w P D Rehab, Inc. Poniżej przedstawiamy ważne informacje, które pomogą nam zapewnić Panu/Pani pomoc na najwyższym poziomie. Proszę wszystko uważnie przeczytać. Jeśli ma Pan/Pani jakieś wątpliwości, proszę zapytać. Bardzo nam zależy na Pana/Pani powrocie do zdrowia!

### **Umawianie na wizytę**

Wizyty są umawiane co 45 minut. Jeżeli wszyscy pacjenci przyjdą na czas, nie powinno być długiego oczekiwania. **Jeżeli Pan/Pani wie, że będzie spóźniony/a, proszę niezwłocznie nas powiadomić.** Postaramy się dostosować do Pana/Pani planu jak tylko możemy, ale proszę zrozumieć, że inni pacjenci także muszą być widzani na czas. Jeżeli terapeuta zdecyduje, że czas jaki pozostał nie jest wystarczający, może on poprosić o umówienie się na wizytę w innym terminie. Wcześniejsze powiadomienie o spóźnieniu może ułatwić sytuację. Proszę spróbować umówić się na wizytę przynajmniej tydzień wcześniej, żeby wybrać najdogodniejszy termin.

### **Odwołanie Wizyty**

Bardzo ważne dla Pana/Pani powrotu do zdrowia jest uczęszczanie na wszystkie wizyty. Jeżeli nie jest Pan/Pani w stanie przyjść na wizytę, proszę powiadomić nas jak najszybciej, najlepiej 24 godziny wcześniej. To pozwoli nam umówić się z pacjentem, który czeka następny w kolejności. **Jeżeli nie pojawicie się Państwo na umówioną wizytę trzy razy, terapia zostanie zakończona i zostanie poinformowany o tym lekarz.** **Jeżeli nie powiadomi Pan/Pani naszego gabinetu, będzie Pan/Pani zmuszona zapłacić \$50.00.** Ta opłata nie będzie pokryta przez ubezpieczenie więc będzie Pan/Pani sam/a za nią odpowiedzialny/a. Rozumiemy, że czasami wypadają okoliczności, na które nie mamy wpływu. Jeżeli coś takiego się zdarzy, proszę porozmawiać o tym ze swoim terapeutą. **Pacjenci po wypadkach w pracy:** proszę zwrócić uwagę, że musimy natychmiast poinformować Pana/Pani reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcę, lekarza i prowadzącą pielęgniarkę o każdej opuszczonej wizycie.

### **Ubiór**

Na wizytę, proszę przyjść w ubraniach, które są odpowiednie do wykonywania ćwiczeń. Ćwiczenia jakie będzie Pan/Pani wykonywać będą zależały od diagnozy, ale ogólnie powinny to być luźne ubrania, które nie będą ograniczać Pana/Pani ruchów i nie zasłaniać miejsca, w którym jest problem. Zalecane jest też przyjście w butach sportowych i krótkich spodenkach dla pacjentów, którzy mają problemy z kręgosłupem i dolnymi kończynami. Jeżeli będzie Pan/Pani przychodzić od razu po pracy, proszę przynieść ubrania ze sobą.



## P D REHAB, INC.

### Physical Therapy & Wellness Center

Prospect Heights / Bloomingdale / Chicago \* Phone: (847) 459-4779 \* Fax: (847) 459-5771

[www.PDRehab.com](http://www.PDRehab.com)

### INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i Nazwisko Pacjenta		Data Urodzenia	Płeć (zakreśl) K M	Numer Telefonu				
Adres Pacjenta		Miasto	Stan	Kod Pocztowy	E-Mail			
Social Security #	Zawód	Nazwa Pracodawcy		Numer Telefonu Pracodawcy				
Imię i Nazwisko Posiadacza Ubezpieczenia (jeżeli inne niż powyżej)		Data Urodzenia Posiadacza Ubezpieczenia		Numer Telefonu Komórkowego				
Pokrewieństwo Pacjenta z Posiadaczem Ubezpieczenia (Zakreśl)		Stan Cywilny Pacjenta (Zakreśl)		Czy jesteś uczniem?				
Ubezpieczyciel	Mąż/Żona	Dziecko	Inne	Wolny/a	Żonaty/mężatka	Inny	Tak	Nie

### HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA

\*Proszę zakreślić i podać w przybliżeniu kiedy albo wpisać "aktualnie".\*

Guz lub Rak \_\_\_\_\_ Choroby stawów \_\_\_\_\_

Wysokie Ciśnienie Krwi \_\_\_\_\_ Złamania kości \_\_\_\_\_

Osteoporoza \_\_\_\_\_ Migreny \_\_\_\_\_

Problemy z kręgosłupem \_\_\_\_\_ Astma \_\_\_\_\_

Paraliż lub osłabione mięśnie \_\_\_\_\_ Cukrzyca \_\_\_\_\_

Choroby serca \_\_\_\_\_ Cięża \_\_\_\_\_

Wszczepiony Rozrusznik Serca \_\_\_\_\_ Inne \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkie przebyte operacje/zabiegi i rok kiedy były przeprowadzone:

\_\_\_\_\_

### INFORMACJE O OBECNYCH PROBLEMACH ZDROWOTNYCH

Kto Ci polecił P D Rehab? \_\_\_\_\_

Część (części) ciała przez które został/a Pan/Pani skierowany/a na rehabilitację \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data urazu/operacji (jeżeli została przeprowadzona) \_\_\_\_\_

Proszę zakreślić:      Wypadek w Pracy      Wypadek Samochdowy      Inny

Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na tę dolegliwość? Jeżeli tak, proszę podać nazwy i rodzaje

leków \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis Pacjenta/Opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data



## **P D REHAB, INC.**

### **Physical Therapy & Wellness Center**

Prospect Heights / Bloomingdale / Chicago \* Phone: (847) 459-4779 \* Fax: (847) 459-5771

[www.PDRehab.com](http://www.PDRehab.com)

### **PLATNOŚCI**

Dziękujemy za wybranie P D Rehab, Inc. na miejsce terapii. Poniższe informacje pomogą uniknąć nieporozumień dotyczących płatności za usługi.

- Natychmiastowe opłaty pozwalają nam kontrolować koszty. Bilans zaległych rachunków kosztuje nas obu czas i pieniądze. Dlatego, podczas leczenia jesteście Państwo proszeni o płacenie swoich co-payments po każdej wizycie, albo przynajmniej raz w tygodniu.
- P D Rehab, Inc. pomoże ustalić, czy wasze ubezpieczenie wymaga co-payment i ile ono wynosi.
- Zakres ubezpieczenia jest umową zawartą między Państwem i waszym ubezpieczycielem. P D Rehab złoży roszczenie ubezpieczeniowe w Państwa ubezpieczeniu. Jeżeli jednak nie będzie ono chciało pokrywać opłat za wizyty w odpowiednim czasie, to Państwo są odpowiedzialni za to, żeby się z nimi skontaktować i omówić sprawę. Do Państwa obowiązków należy także wysyłanie opłat prosto do P D Rehab, Inc. za usługi, których ubezpieczenie nie pokrywa.
- Jeżeli pojawi się jakiś problem z Państwa ubezpieczeniem, będziecie Państwo proszeni o podpisanie umowy finansowej z naszym biurem do czasu kiedy problem z ubezpieczeniem się wyjaśni.
- Jeżeli nie otrzymamy zapłaty w ciągu 30 dni od wysłania rachunku pracownik P D Rehab skontaktuje się z Państwem aby omówić zaistniałą sytuację.
- Jeśli nie otrzymamy płatności po upływie 61 dni od wysłania zawiadomienia, a sprawa nie będzie rozpatrywana przez ubezpieczalnię lub nie będziecie mieli podpisanej umowy finansowej z P D Rehab, sprawa zostanie skierowana do niezależnej agencji zajmącej się ściąganiem długów. Będziecie Państwo wtedy odpowiedzialni za 1.5% oprocentowania miesięcznie i inne koszty z tym związane.
- Przyjmujemy gotówkę, czeki i karty kredytowe.
- Jeżeli mają Państwo jakieś pytania proszę skontaktować się z nami niezwłocznie.

---

Podpis Pacjenta/Opiekuna

---

Data



## **P D REHAB, INC.**

### **Physical Therapy & Wellness Center**

Prospect Heights / Bloomingdale / Chicago \* Phone: (847) 459-4779 \* Fax: (847) 459-5771

[www.PDRehab.com](http://www.PDRehab.com)

### **PRZYDZIELENIE KORZYŚCI / ZEZWOLENIE NA WYDAWANIE INFORMACJI**

Ja, niżej podpisany, niniejszym zezwalam na przekazanie moich medycznych płatności, do których jestem upoważniony, włącznie z Medicare, Medicaid, prywatnym ubezpieczeniem i płacącymi osobami trzecimi, do P D Rehab, Inc. Niniejszym upoważniam P D Rehab, Inc. do wydawania wszystkich potrzebnych informacji, włącznie z moją historią zdrowotną, żeby zapewnić płatności. Niniejszym upoważniam wyżej wymienionego beneficjenta do wydawania wszystkich potrzebnych informacji, włącznie z historią zdrowotną, do moich lekarzy. Kopia tego dokumentu jest tak samo ważna jak oryginał.

Podpis Pacjenta / Opiekuna \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### **POZWOLENIE NA TERAPIĘ**

Ja, niżej podpisany, niniejszym wyrażam zgodę P D Rehab, Inc. na udzielenie medycznej pomocy i terapii dla \_\_\_\_\_, włączając wszystkie zabiegi uważane za potrzebne i odpowiednie do leczenia mojej dolegliwości.

Podpis Pacjenta / Opiekuna \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### **WARUNKI ANULOWANIA WIZYTY**

Razem ze swoim terapeutą, zaplanują Państwo cele swojej terapii i czas w jakim te cele mają być osiągnięte. Osiągnięcie najlepszych rezultatów jest możliwe gdy będą Państwo przychodzić na wszystkie zaplanowane wizyty. Jeżeli musicie odwołać wizytę albo zmienić godzinę, wymagamy poinformowania naszego biura minimum 24 godziny wcześniej pod numerem (847) 459-4779. Jeżeli nie pojawicie się Państwo na umówioną wizytę **trzy razy**, terapia zostanie zakończona i zostanie poinformowany o tym lekarz. **Jeżeli nie powiadomi Pan/Pani naszego gabinetu, będzie Pan/Pani zmuszona zapłacić \$50.00.** Ta opłata nie będzie pokryta przez ubezpieczenie więc będzie Pan/Pani sam/a za nią odpowiedzialny/a. Pacjenci po wypadkach w pracy: proszę zwrócić uwagę, że musimy natychmiast poinformować Państwa reprezentanta z ubezpieczenia, pracodawcę, lekarza i prowadzącą pielęgniarkę o każdej opuszczonej wizycie.

Potwierdzam, że przeczytałam/em i rozumiem warunki anulowania wizyty.

Podpis Pacjenta / Opiekuna \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## **P D REHAB, INC.**

### **Physical Therapy & Wellness Center**

Prospect Heights / Bloomingdale / Chicago \* Phone: (847) 459-4779 \* Fax: (847) 459-5771

[www.PDRehab.com](http://www.PDRehab.com)

#### **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

P D Rehab, Inc is required, by law, to maintain the privacy and confidentiality of your protected health information and to provide our patients with notice of our legal duties and privacy practices with respect to your protected health information.

#### **Disclosure of Your Health Care Information**

##### **Treatment**

We may disclose your health care information to other healthcare professionals within our practice for the purpose of treatment, payment or health care operations. (example)

*“On occasion, it may be necessary to seek consultation regarding your condition from other health care providers associated with P D Rehab, Inc.”*

*“It is our policy to provide a substitute health care provider, authorized by P D Rehab, Inc. to provide assessment and/or treatment to our patients, without advanced notice, in the event of your primary health care provider’s absence due to vacation, sickness, or other emergency situation.”*

##### **Payment**

We may disclose your health information to your insurance provider for the purpose of payment or health care operations. (example)

*“As a courtesy to our patients, we will submit an itemized billing statement to your insurance carrier for the purpose of payment to P D Rehab, Inc. for health care services rendered. If you pay for your health care services personally, we will, as a courtesy, provide an itemized billing to your insurance carrier for the purpose of reimbursement to you. The billing statement contains medical information, including diagnosis, date of injury or condition, and codes which describe the health care services received.”*

##### **Workers’ Compensation**

We may disclose your health information as necessary to comply with State Workers’ Compensation Laws.

##### **Emergencies**

We may disclose your health information to notify or assist in notifying a family member, or another person responsible for your care about your medical condition or in the event of an emergency or of your death.

##### **Public Health**

As required by law, we may disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability, reporting child abuse or neglect, reporting domestic violence, reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications, and reporting disease or infection exposure.

##### **Judicial and Administrative Proceedings**

We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding.

##### **Law Enforcement**

We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, complying with a court order or subpoena, and other law enforcement purposes.

##### **Deceased Persons**

We may disclose your health information to coroners or medical examiners.

##### **Organ Donation**

We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking, or transplanting organs and tissues.

##### **Research**

We may disclose your health information to researchers conducting research that has been approved by an Institutional Review Board.

##### **Public Safety**

It may be necessary to disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or to the general public.

**Specialized Government Agencies**

We may disclose your health information for military, national security, prisoner and government benefits purposes.

**Marketing**

We may contact you for marketing purposes or fundraising purposes, as described below: (example)

*“As a courtesy to our patients, we may call your home on the evening prior to your scheduled appointment to remind you of your appointment time. If you are not at home, we leave a reminder message on your answering machine or with the person answering the phone. No personal health information will be disclosed during this recording or message other than the date and time of your scheduled appointment along with a request to call our office if you need to cancel or reschedule your appointment.”*

*“It is our practice to participate in charitable events to raise awareness, food donations, gifts, money, etc. During these times, we may send you a letter, post card, invitation or call your home to invite you to participate in the charitable activity. We will provide you with information about the type of activity, the dates and times, and request your participation in such an event. It is not our policy to disclose any personal health information about your condition for the purpose of P D Rehab, Inc. sponsored fund-raising events.”*

**Change of Ownership**

In the event that P D Rehab, Inc. is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner.

**Your Health Information Rights**

- You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. Please be advised, however, that P D Rehab, Inc. is not required to agree to the restriction that you requested.
- You have the right to have your health information received or communicated through an alternative method or sent to an alternative location other than the usual method of communication or delivery, upon your request.
- You have the right to inspect and copy your health information.
- You have a right to request that P D Rehab, Inc. amend your protected health information. Please be advised, however, that P D Rehab, Inc. is not required to agree to amend your protected health information. If your request to amend your health information has been denied, you will be provided with an explanation of our denial reason(s) and information about how you can disagree with the denial.
- You have a right to receive an accounting of disclosures of your protected health information made by P D Rehab, Inc.
- You have a right to a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time upon request.

**Changes to this Notice of Privacy Practices**

P D Rehab, Inc. reserves the right to amend this Notice of Privacy Practices at any time in the future, and will make the new provisions effective for all information that it maintains. Until such amendment is made, P D Rehab, Inc. is required by law to comply with this Notice.

P D Rehab, Inc. is required by law to maintain the privacy of your health information and to provide you with notice of its legal duties and privacy practices with respect to your health information. If you have questions about any part of this notice, or if you want more information about your privacy rights, please contact Peter Domagala, PT by calling this office at (847)459-4779. If Peter Domagala is not available, you may make an appointment for a personal conference in person or by telephone within 2 working days.

**Complaints**

Complaints about your Privacy rights, or how P D Rehab, Inc. has handled your health information should be directed to Peter Domagala, PT by calling this office at (847)459-4779. If Peter Domagala is not available, you may make an appointment for a personal conference in person or by telephone within 2 working days.

If you are not satisfied with the manner in which this office handles your complaint, you may submit a formal complaint to:

DHHS, Office of Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201

This notice is effective as of \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I have read the Privacy Notice and understand my rights contained in the notice.

By way of my signature, I provide P D Rehab, Inc. with my authorization and consent to use and disclosed my protected health care information for the purposes of treatment, payment and health care operations as described in the Privacy Notice

\_\_\_\_\_  
Patient’s Name (print)

\_\_\_\_\_  
Patient’s Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Authorized Facility Signature

\_\_\_\_\_  
Date