

NOWAK MEDICAL CENTER

Waldemar M. Nowak, MD

9540 Southwest Hwy.
Oak Lawn, IL 60453
tel. (708) 857-7777

54 Orland Square Dr.
Orland Park, IL 6062
tel. (708) 364-7777

Please PRINT (Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

PATIENT INFORMATION (Dane Pacjenta)			DATE: ____ / ____ /20__	
NAME Last Name(Nazwisko) _____ First Name (Imię) _____ M		DoB (Data urodzenia) ____ / ____ / ____ Month / Day / Year		
ADDRESS Street (Ulica) _____ City (Miasto) _____ State (Stan) _____ Zip (Kod) _____				
PHONE (Telefon) _____		CELL PHONE (Telefon Komorkowy) _____		
SOCIAL SECURITY		AGE (Wiek) _____	SEX (Płeć) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (K)	MARITAL STATUS (Stan Cywilny)
EMPLOYER/SCHOOL (Pracodawca/Szkoła) _____		Occupation (Zawód) _____		
EMERGENCY CONTACT (Kontakt alarmowy)				
Name (Imię i Nazwisko) _____				
Relationship to Patient (Stan pokrewieństwa do Pacjenta)			Emergency Contact Phone (Telefon kontaktu alarmowego)	

CONSENT FOR TREATMENT AND RELEASE OF INFORMATION

I certify that I, and /or my dependent(s) have insurance coverage with _____ and assign directly to Dr. Waldemar Nowak all Insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submission. I hereby consent to and authorize the giving of all treatments and medications and other technical procedures in the judgment of the physician may be considered necessary or advisable for the diagnosis and treatment of this case. I authorize the release of information required by any insurance company or other party in connection with the indemnification or payment by it of any portion of the release hospital/physician bill. Further for the purpose of medical education photographs, video, or T.V. monitoring using prudent judgment may be taken. I also agree to pay the established rates for all services, facilities, and supplies.

Patient (Parent/Guardian) Signature

Date

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORAZ NA PUBLIKOWANIE INFORMACJI

Ja niżej podpisany(-a) wraz z osobami zgłoszonymi do ubezpieczenia zdrowotnego oświadczam, że posiadam ubezpieczenie zdrowotne w _____ oraz zgadzam się na wysyłanie czeków/rachunków przez ubezpieczenie bezpośrednio do Dr. Waldemara Nowaka, w przeciwnym razie zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty leczenia we własnym zakresie. W pełni rozumiem, że jestem odpowiedzialny za pokrycie wszelkich kosztów, które nie zostaną pokryte przez ubezpieczenie. Wyrażam zgodę na użycie mojego podpisu do wszystkich dokumentów związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym. Wyrażam zgodę oraz upoważniam lekarza na proponowane mi leczenie, lekarstwa oraz inne dodatkowe badania, które będą konieczne do poprawnej diagnozy i sposobu leczenia. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji żądanych przez ubezpieczenie zdrowotne lub inne firmy ubezpieczeniowe związane z odszkodowaniem lub częścią płatności wystawionej przez szpital lub lekarza. Wyrażam zgodę na zdjęcia, nagrania, lub monitorowanie moich informacji do celów edukacyjnych jeżeli takie zaistnieją. Zgadzam się na zapłacenie ustalonych płatności za wszelkie usługi, udogodnienia oraz sprzęt medyczny.

Podpis pacjenta (Rodzica lub Opiekuna)

Data

We care about your privacy (Dbamy o państwa prywatność)

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.

I authorize the following people with whom my medical information, tests, labs, prescriptions, and any health issues may be discussed with Dr. Waldemar Nowak. (Wyrażam zgodę na to aby Dr. Waldemar Nowak mógł rozmawiać na temat moich wyników, testów, badań oraz innych problemów zdrowotnych z następującymi osobami):

FAMILY: MOTHER(Matka)
FATHER (Ojciec)
HUSBAND (Mąż)
WIFE (Żona)
CHILDREN (Dzieci)

NAME: _____
NAME: _____
NAME: _____
NAME: _____
NAME: _____

TEL: (____) ____ -- ____
TEL: (____) ____ -- ____
TEL: (____) ____ -- ____
TEL: (____) ____ -- ____
TEL: (____) ____ -- ____

OTHERS (Inna(e)Osoba(y): _____

TEL: (____) ____ -- ____

Patient's signature/Podpis pacjenta

____ / ____ / ____
Date/Data