

**Zbigniew Moszczyński, M.D., F.A.C.S.**

**PATIENT INFORMATION  
DANE PACJENTA**

Name (*Nazwisko, Imie Pacjenta*): \_\_\_\_\_ Age (*Wiek*): \_\_\_\_\_

Allergies (*Alergie, Uczulenia*): \_\_\_\_\_ SS Number: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(*Data Urodzenia-Miesiac, Dzień, Rok*): \_\_\_\_\_

Address (*Adres*): \_\_\_\_\_

City (*Miasto*): \_\_\_\_\_ State (*Stan*): \_\_\_\_\_ Zip Code (*Kod Pocztowy*): \_\_\_\_\_

Home Phone (*Tel. Domowy*): \_\_\_\_\_ Work Phone (*Tel. Do Pracy*): \_\_\_\_\_

Cell Phone (*Tel. Komorkowy*): \_\_\_\_\_ Marital Status (*Stan Cywilny*): \_\_\_\_\_

Employer Name & Address (*Nazwa Pracodawcy & Adres*): \_\_\_\_\_

Insurance Company, Policy & Group# (*Nazwa Ubezpieczenia, Numer Polisy/Grupy*): \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name, DOB, SS# & Employer (if other than yourself):  
*Imie, Data Urodz., SS#, & Imie Pracodawcy Osoby Pierwszej Na Polisie (jeżeli inne niż pacjenta):*

Reason for the visit (*Główna przyczyna wizyty*): \_\_\_\_\_

Doctor's name who is requesting this visit (*Kto pani/pana do nas skierował?*): \_\_\_\_\_

Primary Care Doctor (*Lekarz Ogólny*): \_\_\_\_\_

Are any other physician's treating you? (*Czy jest pan/pani pod opieką innego lekarza?*)

Emergency Contact & Phone # (*W razie wypadku, # tel. bliskiej osoby*): \_\_\_\_\_

Payment/co-pays are expected at time of service (Proszę uiszczyć opłatę w dniu wizyty)

**Insurance Authorization & Assignment (*Upoważnienie Dla Kompanii Ubezpieczeniowej*)**

I hereby assign to Z. Moszczyński, MD all payments for medical services rendered to myself or my dependents. I understand I am responsible for any amounts not covered by insurance.

Patient's Signature (*Podpis*): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_