



PROGRESSIVE UROLOGY

ΟΝΟΜΑ: _____ Διάγραμμα#: _____

ΔΡΟΜΟΣ: _____ Φύλο: _____ Οικογενειακή κατάσταση: _____

ΠΟΛΗ: _____ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: _____ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ: _____

ΣΠΙΤΙΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____ SSN: _____

ΑΓΩΝΑΣ: _____ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: _____ ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ _____

EMAIL: _____

ΚΑΤΟΧΗ: _____

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: _____

ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΣΥΖΥΓΟΥ# _____

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ:

ΟΝΟΜΑ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΣΧΕΣΗ: _____

ΓΕΝΕΘΛΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____

ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΙΑΤΡΟΣ ΠΡΩΤΟΘΕΣΙΑΣ ΣΑΣ: _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

ΠΩΣ ΣΑΣ ΠΑΡΑΓΡΑΦΑΝ ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΜΑΣ: _____

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

ΚΥΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ: _____

Όνομα ασφαλισμένου, αν όχι το ίδιο:

ΟΝΟΜΑ: _____

Α.Σ.# ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: _____

Σχέση Ασθενούς με Ασφαλισμένο: ☐ Εαυτός ☐ Σύζυγος ☐ Παιδί ☐ Άλλο

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ: _____

Όνομα ασφαλισμένου, αν όχι το ίδιο:

ΟΝΟΜΑ: _____

Α.Σ.# ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: _____

Σχέση ασθενή με ασφαλισμένο: ☐ Εαυτός ☐ Σύζυγος ☐ Παιδί ☐ Άλλο

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ

Ζητώ να γίνει η πληρωμή εξουσιοδοτημένου Medicare ή άλλων ασφαλιστικών παροχών για λογαριασμό μου στον Δημήτρη Ν. Κέσαρη, MD, PC για οποιεσδήποτε υπηρεσίες μου παρασχέθηκαν από τον Δρ. Kessarīs ή τους εξουσιοδοτημένους αντιπροσώπους του. Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε κάτοχο ιατρικών πληροφοριών σχετικά με εμένα να κοινοποιήσει στους ασφαλιστικούς μου φορείς ή στις Υπηρεσίες Χρηματοδότησης Υγείας ή στους αντιπροσώπους τους οποιεσδήποτε πληροφορίες απαιτούνται για τον προσδιορισμό αυτών των οφελών ή παροχών που καταβάλλονται για σχετικές υπηρεσίες. Επιπλέον, κατανοώ ότι τα ετήσια εκπεστέα ποσά και τα ποσά συνασφάλισης είναι δική μου ευθύνη. Εάν έχω εκχωρήσει παροχές σε οποιοδήποτε άλλο μέρος (Medicare Managed Care ή άλλα προγράμματα στα οποία δεν συμμετέχουμε) που καθιστούν αυτό το γραφείο μη κατάλληλο για πληρωμή. Κατανοώ ότι θα είμαι υπεύθυνος για ολόκληρο τον λογαριασμό για την παρεχόμενη υπηρεσία. Εάν ο λογαριασμός σας καταστεί ληξιπρόθεσμος, θα είστε υπεύθυνοι για τόκο 18% (APR), τέλη είσπραξης του 25% του οφειλόμενου υπολοίπου, επιπλέον των τυχόν ισχυουσών κυρώσεων.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

Όνομα /Name: _____ Ημερομηνία/Date: _____

Ο γιατρός που σας συστήσσει /Referring Doctor: _____ Παθολόγος /Family Doctor: _____

Επαγγελμα/Occupation: _____ Ηλικία/Age: _____ Ύψος/Height: _____ Βαρος/Weight: _____

Γιατί βλέπετε το γιατρό σήμερα?/Why are you seeing the doctor today? _____

Πόσο καιρό έχετε αυτό το πρόβλημα?/How long have you had this problem? _____

Έχετε δοκιμάσει κάποιο **φαρμακό** ή έχετε κάνει **θεραπεία** γι' αυτό?/Have you tried any **medicine/treatment** for this problem/pain? _____

PRESENT UROLOGICAL COMPLAINTS:

Παρακαλώ αναφέρετε ποιες απτά ουρολογικά προβλήματα έχετε τώρα. / Please CHECK OFF any of the following urologic problems you are CURRENTLY experiencing:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Πόνος γύρω στην κοιλία /Abdominal Pain | ☐ χέτε επείγον να ουρήσετε - Είναι το ίδιο πάντα ή που και που/Urgency to Urinate – occasional/always | ☐ Ατελείς κινήσεις του εντέρου/ Incomplete Bowel Movements |
| ☐ Πόνος πίσω- δεχία/αριστερά/χαμηλά πίσω /Back Pain – Right/Left/Lower Back | ☐ Ουρήτε σε σταγονες ή λίγο ή συνέχεια /Dribbling – occasional /always | ☐ Διάρροια/ Diarrhea |
| ☐ Παγωνιοί πόνος-δεχία/αριστερά /Flank Pain – Right/Left | ☐ Όταν βήχετε φεύγουν τα ουρά η φτερνίζοντας φεύγουν. (ελαγουν) /Urine Leakage with coughing or sneezing | ☐ Δυσκοιλιότητα/ Constipation |
| ☐ Πόνος όταν ουρείτε, αν είναι λίγος ή πολύς /Painful Urination – mild/moderate/severe | ☐ Έχετε διαρροή ούρων όταν έχετε επείγουσα ανάγκη ανάγκη/Urine leakage associated with urgency to urinate / If yes: ____ #pads/day | ☐ Κρυάδες /Chills |
| ☐ Δυσκολευσαι να ουρήσεις ποτέ λίγο ποτέ πολύ /Straining to Urinate – occasional/always | ☐ Έχετε αιμα στα ουρά/ Blood in the Urine | ☐ Πυρετο /Fever |
| ☐ Πόσο συχνά ουρείτε- κάθε πόσες ώρες ____ /Frequency of Urination – every ____ hour(s) | ☐ Μυρουδιά στα ουρά /Urine Odor | ☐ Τάση για εμετο/ Nausea |
| ☐ Έχεις δυσκολία στην ουρήσι – είναι κάθε φορά ή που και που /Urination Hesitancy – occasional/always | ☐ Κολπική απόρριψη /Vaginal Discharge | ☐ Εμετο /Vomiting |
| ☐ Όταν ουρείς δυνατά ή χωρίς πιέσι. Είναι το ίδιο πάντα ή που και που /Weak or Slow Stream – occasional/always | ☐ Κολπική ερεθισμός /Vaginal Irritatio | ☐ Βαρος Χασιμο/ Weight Loss |
| ☐ Όταν ουρείς αδειάζει η κύστη αμέσως ή λίγο – λίγο /Incomplete Bladder Emptying – occasional/always | ☐ Κολπική φαγούρα /Vaginal Itching | |
| | ☐ Κολπική οσμή /Vaginal Odor | |

Πόσες φορές πηγαίνεις στο μπανιό το βράδυ ή κάθε βράδυ; /How many times do you urinate at night? _____

Έχεις ιστορικό ουρολοιμώξεως/UTI Hx ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν Ναι πόσες φορές τους τελευταίους 6 μήνες; ____ Έχετε συμβουλευτεί έναν γιατρό μολυσματικών ασθενειών; ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχεις ιστορικό πέτρας στο νεφρό;/Kidney Stone Hx ☐ Ναι ☐ Όχι Είχατε ποτέ χειρουργική επέμβαση πέτρας; ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχεις ιστορικό απο:

Έχεις **οικογενιακό ιστορικό** απο:

Καρκίνο του νεφρού;/Renal Ca: ☐ Ναι ☐ Όχι

Καρκίνο του νεφρού;/Renal Ca: ☐ Ναι ☐ Όχι

Ουροδόχου κύστεως καρκίνο;/Bladder Ca: ☐ Ναι ☐ Όχι

Ουροδόχου κύστεως καρκίνο;/Bladder Ca: ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε μινει εγκυος; /Have you ever been pregnant? ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν Ναι, # κανονική γεννα/vaginal ____ (#) # εκλεκτικές αμβλώσεις/abortions ____ (#)
μεκαισαρική/ c-section ____ (#) # αποβολές/miscarriages ____ (#)

Έχετε ποτέ διαγνωστεί με ΣΜΝ;/STD History? ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν Ναι, ☐ Κόνδυλο/Condyloma ☐ Χλαμύδια/Chlamydia ☐ Βλεννόρροια/Gonorrhea ☐ Ερπηγ/Herpes ☐ Άλλα _____

Είχες COVID; ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι, πότε; _____ **Είστε εμβολιασμένοι για τον COVID;** ☐ Ναι ☐ Όχι

Θα θέλατε να κάνετε τεστ για COVID σήμερα; ☐ Ναι ☐ Όχι

Παρακαλώ χρησιμοποιήστε αυτό το χώρο να μας πείτε αν σας ενοχλεί κάποιο ουρολογικό πρόβλημα που δεν έχουμε αναφέρει παραπάνω/ Please use the following space to tell us of any urologic problems bothering you that were not covered above:

SOCIAL HISTORY:

Συζυγική κατάσταση: (Παρακαλώ αναφέρετε ποσα χρόνια) /**Marital Status:** (Please indicate the number of years)

☐ Ελεύθερος/Single ☐ Παντρεμένος/Married ☐ Χορισμένος/Divorced ☐ Χηρος/Widowed ☐ Με Συντροφο/Life Partner

Πίνεις αλκοόλ; /**Alcohol:** ☐ Κανένα/None ☐ Ναι/Yes ☐ Περιστασιακά/Occasional-Social Αν κάθε μερα #/drinks per day_____

ΧΡΗΣΗ TOBACCO:

☐ ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

☐ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΟΣ: Κάπνιζα ____ πακέτα την ημέρα/ # of pack/day. Κάπνισα για ____ χρόνια/ # of years

☐ ΚΑΠΝΙΖΩ: Καπνίζω ____ πακέτα την ημέρα/ packs/day. Καπνίζω για ____ χρόνια/ # of years

Ψυχαγωγικά ναρκωτικά/Recreational Drugs: ____ Κανένας/None Αν Ναι, παρακαλούμε αναφέρετε _____

CURRENT MEDICATIONS:

Καταγράψτε την λίστα φαρμάκων που παίρνετε και αν παίρνετε φάρμακα χωρίς συνταγή, η βιταμίνες

Please list ALL medications you are currently taking including over the counter meds

Όνομα φαρμάκου /Drug Name:	Δοσολογία/Strength:	Οδηγίες/Πως τα παίρνετε /Directions/ How you take it:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Attach list if necessary)

Αλλεργίες: Παρακαλώ γράψτε όλους τους τύπους (φαρμάκων, ζώων, καιρικών, συνθηκών, τροφών)

Allergies: Please list ALL types (Drug, Seasonal, Pets, environmental, Foods)

Όνομα φαρμακείου /Pharmacy Name: _____

Τηλέφωνο /Phone #: _____ **Fax:** _____

****Εαν δεν έχετε τις παραπάνω πληροφορίες, παρακαλώ τηλεφωνήστε στο γραφείο όταν επιστρέψτε στο σπίτι σας και δώστε μας τις πληροφορίες που θέλουμε!!**

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ /PAST MEDICAL HISTORY:

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο εάν έχετε κάνει ή είχατε κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα ή συμπτώματα:

/ Please CIRCLE if you have or have had any of the following diseases or conditions:

ADHD

Αλκοολισμός / Alcoholism

Αλλεργία / Allergies

Αλζαιμερ / Alzheimer's Disease

Αναιμία / Anemia

Ανευρίσμα / Aneurysm

Προβλημα με φλεβες της καρδιας / Angina

Ανορεξία / Anorexia

Αγχος / Anxiety Disorder

Αρθριτιδα / Arthritis

Αρρυθμία / Arrhythmia

Ανευρίσμα Αορτης / Aortic Aneurysm

Στενωσι Αορτης / Aortic Stenosis

Ανεπαρκεια Αορτης / Aortic Insufficiency

Ασθμα / Asthma

Atrial fibrillation

Πονος μεσης / Back pain

Διπολικη Διαταραχη / Bipolar Disorder

Καρκινο της κυστης / Bladder Cancer

Αιμοραγιες / Bleeding Disorders

Τυφλωση / Blindness

Ογκο στο κεφαλι / Brain Tumor

Καρκινο στο στήθος / Breast Cancer

Βροχιτιδα / Bronchitis

Καταρακτη / Cataracts

Αγγειο εγκεφαλικο Νοσημα / Cerebrovascular Disease

Χολοκυστιτιδα / Cholecystitis

Χολολιθιαση / Cholelithiasis

Δυνεχης κουραση / Chronic Fatigue Syndrome

Χρονιο νοσημα συκωτιου / Chronic Liver Disease

Χρονιο νοσημα πνευμονα / Chronic Lung Disease

Χρονια νεφρική ανεπαρκεια / Chronic Renal Insufficiency

Χρονια νεφρική καταπτωσι / Chronic Renal Failure

Κολιτιδα / Colitis

Δυσκοιλιότητα / Constipation

Καρκινο του παχους εντερου / Colon Cancer

Νοσημα του Κρονς / Crohn's Disease

Κουφος / Deafness

Βαθεια θρομβωσι αρτηριων / Deep Vein Thrombosis

Μελαγχολια / Depression

Διαβητης χωρις ινσουλινη / Diabetes Non-Insulin Dependant

Διαβητης με ινσουλινη / Diabetes Insulin Dependant

Διαβητης ανεξελεγκτος / Diabetes – Uncontrolled

Διαρροια / Diarrhea

Eating Disorder

Eating Disorder

Μολυνσις στα αυτια / Ear Infection

Εμφυσημα / Emphysema

Μεγαλη καρδια / Enlarged Heart

Επιληψια / Epilepsy

Κυστη στο στήθος / Fibrocystic Breast Disease

Ινομυαλγια / Fibromyalgia

Καρκινο στομαχου / Gastric Cancer

Έχεις ξυνιλες οισοφαγος / GERD

Γλαυκωμα / Glaucoma

Βρογχοκηλη / Goiter

Ποδαγρα / GOUT

Πυρετο Αλλεργικο / Hay Fever

Καρδιακη Προσβολη / Heart Attack

Νοσημα Καρδια / Heart Disease

Προβλημα Βαλβιδα Καρδια / Heart Valve Problem

Τρεμουλιασμα Καρδια / Heart Murmur

Αιμορροιδες / Hemorrhoids

Ηπατιτιδα / Hepatitis

Δισκοπαθεια / Herniated Disc

Αγχος στομαχου / Hiatal Hernia

Υψηλη χοληστερινη / High Cholesterol

Πιεση / High Blood Pressure

AIDS

Τεστ Γλυκοτης / Impaired Glucose Tol.

Ανικανος / Infertility

Ερεθισμενο εντερο / Irritable Bowel Disease

Φλεγμονωδης νοσος τοθ εντερου / Inflam. Bowel Disease

Καρκινος νεφρου / Kidney Cancer

Νοσημα νεφρου / Kidney Disease

Ερεθισμος Νεφρου / Kidney Infection

Πετρες στο νεφρο / Kidney Stones

Μολυνσεις / Infectious Disease

Καρκινο του λαρυγγικου / Laryngeal Cancer

Λευκαιμια / Leukemia

Νοσημα συκωτιου / Liver Disease

Νοσημα πνευμονα / Lung Disease

Καρκινος του Πνευμονα / Lung Cancer

Λεμφωμα / Lymphoma

Κουρασμενος / Malaise

Μελανωμα / Melanoma

Ψυχικες διαταραχες / Mental Illness

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ / PAST MEDICAL HISTORY:

Ψυχικές διαταραχές / Mental Illness

Πονοκεφαλους / Migraine

Στενωσις της μιτροειδους / Mitral Stenosis

Ανεπαρκεια της μιτροειδους / Mitral Insufficiency

Μιτροειδους στις βαλβιδα καρδια / Mitral Valve Prolapse

Μιτροειδους στις βαλβιδα καρδια / Mitral Valve Prolapse

Νευρική κρίση / Nervous Breakdown

Υπερβαρος / Obesity

Οστεοπαينيا / Osteopenia

Οστεοποροσις / Osteoporosis

Πανκρεατιτιδα / Pancreatitis

Καρκινο στο παγκρεας / Pancreatic Cancer

Έλκος στομαχου / Peptic Ulcer

Πλεβιτιδα / Phlebitis

Νοσημα Βλενογονου / Pituitary Disease

Πολιομυελιτιδας / Polio

Εμβολη Πνευμονα / Pulmonary Embolism

Rectal Fissure

Rectal Cancer

Ρευματικο πυρετο / Rheumatic Fever

Αφροδισιο Νοσημα / Sexually Trans. Disease

Μεσογειακη Αναιμια / Sickle Cell Anemia

Εγκεφαλικο / Stroke

Τασεις Αυτοκτονιας / Suicide Attempt

Νοσημα θυροειδους / Thyroid Disease

Φυματιωση / Tuberculosis

Άλλο/Other: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ / FAMILY HISTORY:

**Παρακαλω βαλτε σε κυκλο αν καποιο ατομο απο την οικογενεια σας εχει η ειχε κατι απο τα παρακατω:
(μητερα, πατερας η συγγενεις) / Please CIRCLE which family member has/had any of the following: (Mother, Father or Siblings)**

Αθροιτιδα / Arthritis

Ουρα στο κρεββατι/ Bedwetting

Καρκινο παχειος εντερον / Bladder Cancer

Το μερος που ειναι ο καρκινος _____ / Cancer Site

Νοσημα του Κρονς / Crohn's Disease

Μελαγχολια / Depression

Διαβητη / Diabetes

Ποδαγρα / GOUT

Καρδιακη Προσβολη / Heart Attack

Υπερταση / Hypertension

Καρκινος νεφρου / Kidney Cancer

Πετρες στο νεφρο / Kidney Stones

Λευκαιμια / Leukemia

Κακοηθες μελανωμα / Malignant Melanoma

Σκληρυνσι κατα πλακας / Multiple Sclerosis

Καρκινο του λαρυγγικου / Laryngeal Cancer

Καρκινο στο παγκρεας / Pancreatic Cancer

Καρκινο προστατου / Prostate Cancer

Εγκεφαλικο / Stroke

Νοσημα ουοειδους / Thyroid Disease

Φυματιωση / Tuberculosis

Άλλο/Other: _____

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ / SURGICAL HISTORY:

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο εάν έχετε κάνει κάποια εγχείρησι από τις παρακάτω και την ημερομηνία: / Please CIRCLE if you have had any of the following surgeries and date of surgery:

Ακρωτηριασμός / Amputation
Αγγειοπλαστική / Angioplasty
Ανευρίσμα Αορτής / Aortic Aneurysm Repair
Σκωλικοειδιτιδα / Appendectomy
Αρθροσκοπική Εγχείρησι / Arthroscopic Surgery
Εγχείρησι στη μέση / Back Surgery
Μικρίμα στομάχου / Bariatric Surgery
Εγχείρησι παχέως εντέρου / Bladder Surgery
Εγχείρησι των εντέρων / Bowel Resection
Εγχείρησι Εγκεφάλου / Brain Surgery
Εγχείρησι στο στήθος / Breast Surgery
Εγχείρησι Καροτιδών / Carotid Artery Surgery
Εγχείρησι στο καρπο (αριστερο/δεξι η και στα δυο (χερι)) /
Carpal Tunnel Surgery (L/ R/ Both)
Εγχείρησι καταράκτη (αριστερο/δεξι η και στα δυο (ματι)) /
Cataract Surgery (L/ R/ Both)
Στον Αυχένα Εγχείρησι / Cervical Spine Surgery
Εγχείρησι χολής / Cholecystectomy
Colon Resection
Κολονοσκόπηση / Colonoscopy
Εγχείρησι στα ματια (κερατοειδής)(αριστερο/δεξι η και στα
δυο) / Corneal Surgery
Κυστεοσκόπηση / CYSTOSCOPY
CYSTO-TUR FULGURATION
Γέννα (Vaginal or C-Section) / Delivery's (Vaginal or C-Section)
Εγχείρησι στα αυτια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Ear
Surgery (L or R or Both)
Εξέταση Ισοφαγού / EGD
Λιθοτριψία / ESWL / KIDNEY STONE LITHOTRIPSY
Εγχείρησι στο πρόσωπο / Facial Surgery
Εγχείρησι στα ματια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Eye
Surgery (L or R or Both)
Εγχείρησι στα ποδια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Foot
Surgery (L or R or Both)
Εγχείρησι στο στομάχι / Gastric Surgery
Εγχείρησι στα χερια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Hand
Surgery (L or R or Both)
Εγχείρησι καρδιάς / Heart Surgery
Μεταμοσχευση καρδιάς / Heart Transplant
Αφαίρεσι αιμορροειδών / Hemorrhoidectomy
Εγχείρησι κήλη / Herniorrhaphy
Εγχείρησι γοφού (ισχίου) / Hip Surgery
Iliioconduit
Ileostomy
Inguinal Herniorrhaphy

Εγχείρησι στο γονατο (αριστερο/δεξι η και στα δυο)
Laminectomy
Laparascopy
Laparatomy
Εγχείρησι στο ποδι / Leg Surgery (L or R or Both)
Εγχείρησι στο συκώτι / Liver Surgery
Αφαίρεσι μικρού ογκού / Lumpectomy
Εγχείρησι πνευμονός / Lung Surgery
Αφαίρεσι λεμφαδένου / Lymphatic Node Dissection
Lysis Adhesions
Αφαίρεσι μαστού / Mastectomy
Επεμβασεις μαστού / Mastoid Suregry
MEATOTOMY
Εγχείρησι αναπνευστικού / Nasal Surgery
Αφαίρεσι των νεφρών / Nephrectomy-Kidney Removal
Nephrolithotomy
Βηματοδοτής στην καρδιά / Pacemaker Insertion
Parathyroidectomy
PEG
PE Tubes
Pilondial Cyst Incision
PE Tubes
Pilondial Cyst Incision
Μεταμοσχευση νεφρού / Renal Transplant
Rotator Cuff Surgery
Septoplasty
Κολών χειρουργική επεμβαση / Sinus Surgery
Skin Grafting
Splenectomy
Χειρουργική επεμβαση στο στομάχι / Stomach Surgery
Εγχείρησι αμυγδαλές / Tonsil Surgery
Εγχείρησι θυροειδής / Thryoid Surgery
TMJ Surgery
Umbilical Hernia
Ureteroscopy
Vein Stripping
Ventral Hernia Repair

Άλλο/Other: _____

REVIEW OF SYSTEMS:

Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο κάποιο πρόβλημα που έχετε σήμερα. / Please circle any problems you currently have today.

Constitutional

Πονους στα κοκαλα / Aches/Pains
Αλλαγή στην ορεξι / Appetite Changes
Μελανιαζει ευκολα / Bruises Easily
Πυρετο / Fever
Κρυαδες / Chills
Ζεστενεσαι ευκολα / Hot Flashes
Ιδρωνεις το βραδυ / Night Sweats
Κουραση / Fatigue
Γενικη αδιαθεσηια / Generalized Weakness
Αυπνια / Insomnia
Πρισμενους αδενες / Swollen Glands
Δεν εχεις ορεξι / Anorexia
Χανεις Βαρος / Weight Loss
Παιρνεις Βαρος / Weight Gain
Αλλα _____ / Other

Ματια / Eyes

Τυφλωσμα / Blindness
Δεν βλεπεις καλα / Blurred Vision
Βλεπεις διπλα / Double Vision
Πονο στα ματια / Eye Pain
Αλλα _____ / Other

Αλλεργιες / Allergic/Immunological

Εποχιακες αλλεργιες / Seasonal
Φαρμακα / Drug
Απο ζοα αλλεργια / Animal
Απο τη φυσι αλλεργια / Environmental
Αλλα _____ / Other

Endocrine

Διψας / Excess Thirst
Κουραση / Tired/Sluggish
Δυσανεξια στο κρυο-ζεστη / Heat/Cold Intolerance
Αλλα _____ / Other

Ear/Nose Throat

Ερεθισμο στα αυτια / Ear Infection
Προβλημα Κολπων / Sinus Problems
Πονολαιμος / Sore Throat
Αλλα _____ / Other

Αιματολογικες / Hematological/Lymphatic

Πρησμενοι αδενες / Swollen Glands
Πηξη του αιματος / Blood Clotting Problems
Αιμοραγιες / Bleeding Problems
Χρηση ναρκωτικων / IV Drug Use
Sickle Cell
Αλλα _____ / Other

Gastrointestinal

Καψιμο στην καρδια / Indigestion/Heartburn
Ταση για εμμετο / Nausea / Vomiting
Κοιλιακο πονο / Abdominal Pain
Αιμα στα κοπρανα / Bloody Stools
Διαρροια / Diarrhea
Δυσκοιλιότητα / Constipation
Διαφορετικες κενωσεις / Change in bowel habits
Φουσκωμα στομαχου / Flatulence
Αερια στομαχου / Gas
Αιμορραγια απο το ορθο / Rectal Bleeding
Μαυρα κοπρανα / Tarry Stools
Αλλα _____ / Other

Καρδιαγγειακες / Cardiovascular

Πονος στο στηθος / Chest Pain
Δυσπνοια / Dyspnea
Οιδημα / Edema
Σκληρυνση των αρτηριων / Hardening of the Arteries
Χαμηλη αντοχη στην ασκηση / Low Exercise Tolerance
Ορθοπνια / Orthopnea
Πονους/κραμπες κατα την ασκηση / Pain/Cramps w/Exercise
Αισθημα παλμων / Palpitations
Ταχυπαλμια / Skipped Heart Beats
Πρηξιμο / Swelling
Αλλα _____ / Other

Musculoskeletal

Πονο στη μεση / Back Pains
Πονο στα κοκαλα / Joint Pains
Πονο στον αυχενα / Neck Pain/Stiffness
Κραμπες στους μυιες / Muscle Cramps
Μυικη αδυναμια / Muscle Weakness
Αλλα _____ / Other

Ψυχολογικος / Psychological

Δεν εισαι ικανοποιημενος με τη ζωη / Not Satisfied with Life
Ανησυχος / Anxious
Μελαγχολικος / Depressed
Τασεις αυτοκτονιας / Considered Suicide
Αλλα _____ / Other

Δερμα / Skin

Ακμη / Acne
Boils
Επιμονη φαγουρα / Persistent Itch
Δερματικο εξανθημα / Skin Rash
Αλλαγη στις κρεατοελιες / Changing Moles
Αλλαγες χρωστικη ουσια / Pigment Change
Αλλα _____ / Other

Neurological

Πονοκεφαλο / Headache
Ζαλαδες / Dizzy Spells
Προβλημα να σταθεις / Balance Problems
Μουδιασμα / Numbness/Tingling
Τρεμουλιασμα / Tremors
Αδυναμια ποδια-χερια / Leg or Arm Weakness
Χασιμο μνημης / Memory Loss
Προβλημα να μιλησεις / Speech Problems
Αλλα _____ / Other

Αναπνευστικος / Respiratory

Συχο βηχα / Frequent Cough
Χαμηλη αναπνοη / Shortness of Breath
Συριγμο / Wheezing
Αλλα _____ / Other

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Αυτή η ειδοποίηση περιγράφει πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να αποκαλυφθούν ιατρικές πληροφορίες για εσάς και πώς μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες. Ελέγξτε το προσεκτικά.

Αυτή η ειδοποίηση τίθεται σε ισχύ στις 14 Απριλίου 2003 και παραμένει σε ισχύ μέχρι να την αντικαταστήσουμε.

1. Η ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΜΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το απόρρητο των ιατρικών σας πληροφοριών είναι σημαντικό για εμάς. Κατανοούμε ότι οι ιατρικές σας πληροφορίες είναι προσωπικές και δεσμευόμαστε να τις προστατεύσουμε. Δημιουργούμε αρχείο της φροντίδας και των υπηρεσιών που λαμβάνετε στο γραφείο μας. Χρειαζόμαστε αυτό το αρχείο για να σας παρέχουμε ποιοτική φροντίδα και να συμμορφωνόμαστε με ορισμένες νομικές απαιτήσεις. Αυτή η ειδοποίηση θα σας ενημερώσει για τους τρόπους που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και θα μοιραστούμε ιατρικές πληροφορίες για εσάς. Περιγράφουμε επίσης τα δικαιώματά σας και ορισμένες υποχρεώσεις που έχουμε σχετικά με τη χρήση και την αποκάλυψη ιατρικών πληροφοριών.

2. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΜΑΣ ΚΑΘΗΚΟΝ

Ο νόμος μας απαιτεί:

1. Κρατήστε τις πληροφορίες του ιατρικού σας αρχείου απόρρητες.
2. Σας δίνουμε αυτήν την ειδοποίηση που περιγράφει τις νομικές μας υποχρεώσεις, τις πρακτικές απορρήτου και τα δικαιώματά σας σχετικά με τις ιατρικές σας πληροφορίες.
3. Ακολουθήστε τους όρους της ειδοποίησης που δεν ισχύει.

Έχουμε το δικαίωμα να:

1. Αλλάζετε τις πρακτικές απορρήτου μας και τους όρους αυτής της ειδοποίησης ανά πάσα στιγμή, υπό την προϋπόθεση ότι οι αλλαγές επιτρέπονται από το νόμο.
2. Κάντε τις αλλαγές στις πρακτικές απορρήτου μας και τους νέους όρους της ειδοποίησής μας σε ισχύ για όλες τις ιατρικές πληροφορίες που διατηρούμε, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών που δημιουργήθηκαν ή λάβαμε προηγουμένως πριν από τις αλλαγές.

Ειδοποίηση αλλαγής στις πρακτικές απορρήτου:

1. Πριν κάνουμε μια σημαντική αλλαγή στις πρακτικές απορρήτου μας, θα αλλάξουμε αυτήν την ειδοποίηση και θα κάνουμε τη νέα ειδοποίηση διαθέσιμη κατόπιν αιτήματος.

3. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρακάτω ενότητα περιγράφει διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους χρησιμοποιούμε και αποκαλύπτουμε ιατρικές πληροφορίες. Δεν θα αναφέρεται κάθε χρήση ή αποκάλυψη. Ωστόσο, έχουμε παραθέσει όλους τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους επιτρέπεται να χρησιμοποιούμε και να αποκαλύπτουμε ιατρικές πληροφορίες. Δεν θα χρησιμοποιήσουμε ούτε θα αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για οποιονδήποτε σκοπό που δεν αναφέρεται παρακάτω, χωρίς τη συγκεκριμένη γραπτή εξουσιοδότηση σας. Οποιαδήποτε συγκεκριμένη γραπτή εξουσιοδότηση που παρέχετε μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή, γράφοντάς μας.

ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς για να σας παρέχουμε ιατρική θεραπεία ή υπηρεσίες. Ενδέχεται να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες για εσάς σε γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς, φοιτητές ιατρικής ή άλλα άτομα που σας φροντίζουν. Ενδέχεται επίσης να μοιραστούμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς στους άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να τους βοηθήσουμε στη θεραπεία σας.

ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για σκοπούς πληρωμής και για τη λήψη εξουσιοδότησης για χειρουργικές επεμβάσεις και συνταγές.

ΓΙΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς για να ειδοποιήσουμε ένα μέλος της οικογένειας, τον προσωπικό σας εκπρόσωπο ή άλλο άτομο που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα σας. Εάν είστε παρόντες, θα λάβουμε την άδειά σας εάν είναι δυνατόν, προτού κοινοποιήσουμε οποιαδήποτε πληροφορία ή σας δώσουμε την ευκαιρία να αρνηθείτε την άδεια. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και εάν δεν είστε σε θέση να δώσετε ή να αρνηθείτε την άδεια, θα κοινοποιήσουμε μόνο τις πληροφορίες υγείας που είναι άμεσα απαραίτητες για την υγειονομική σας περίθαλψη, σύμφωνα με την επαγγελματική μας κρίση. Θα χρησιμοποιήσουμε επίσης την επαγγελματική μας κρίση για να λάβουμε αποφάσεις προς το συμφέρον σας σχετικά με το να επιτρέψετε σε κάποιον να παραλάβει φάρμακα, ιατρικές προμήθειες, ακτινογραφία ή ιατρικές πληροφορίες για εσάς.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Όπως απαιτείται από τη νομοθεσία, ενδέχεται να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες στη δημόσια υγεία ή στις νομικές αρχές που είναι επιφορτισμένες με την πρόληψη ή τον έλεγχο ασθενειών, τραυματισμών ή αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης ή της παραμέλησης παιδιών. Εμείς μπορεί επίσης, όταν είμαστε εξουσιοδοτημένοι από το νόμο να το πράξουμε, να ειδοποιήσουμε ένα άτομο που μπορεί να έχει εκτεθεί σε μεταδοτική ασθένεια ή με άλλον τρόπο να κινδυνεύει να προσβληθεί ή να εξαπλωθεί μια ασθένεια ή πάθηση.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΕΡΓΑΤΩΝ: Ενδέχεται να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες όταν είμαστε εξουσιοδοτημένοι και απαραίτητοι για τη συμμόρφωση με τους νόμους που σχετίζονται με τις αποζημιώσεις των εργαζομένων ή άλλα παρόμοια προγράμματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ: Υπό ορισμένες συνθήκες, ενδέχεται να αποκαλύψουμε πληροφορίες υγείας σε αξιωματούχους επιβολής του νόμου. Αυτές οι περιστάσεις περιλαμβάνουν αναφορά που απαιτείται από ορισμένους νόμους (όπως η αναφορά ορισμένων τύπων τραυμάτων), σύμφωνα με ορισμένες κλήσεις ή δικαστικές εντολές, αναφορά περιορισμένων πληροφοριών σχετικά με την ταυτότητα και την τοποθεσία κατόπιν αιτήματος ενός αξιωματούχου επιβολής του νόμου, αναφορά θανάτου, εγκλημάτων στις εγκαταστάσεις μας και εγκλημάτων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία (όνομα και διεύθυνση) για να σας ειδοποιήσουμε για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στο γραφείο μας που μπορεί να σας ενδιαφέρουν. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες σας για να σας παρουσιάσουμε επίσημα νέους γιατρούς στο ιατρείο μας.

4. ΤΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Έχετε το δικαίωμα να:

1. Δείτε ή λάβετε αντίγραφα των ιατρικών σας πληροφοριών. Μπορείτε να ζητήσετε να παρέχουμε αντίγραφα σε μορφή διαφορετική από φωτοτυπίες. Θα χρησιμοποιήσουμε τη μορφή που ζητάτε, εκτός εάν δεν είναι πρακτικό για εμάς να το κάνουμε. Πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Εάν ζητήσετε αντίγραφα, θα σας χρεώσουμε 1,00 \$ για κάθε σελίδα και ταχυδρομικά τέλη εάν θέλετε τα αντίγραφα να σας ταχυδρομηθούν.
2. Λάβετε μια λίστα με όλες τις φορές που κοινοποιήσαμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για άλλους σκοπούς εκτός από τη θεραπεία, την πληρωμή και τις επεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
3. Ζητήστε να θέσουμε πρόσθετους περιορισμούς στη χρήση ή την αποκάλυψη των ιατρικών σας πληροφοριών. Δεν απαιτείται να συμφωνήσουμε με αυτούς τους πρόσθετους περιορισμούς, αλλά αν το κάνουμε, θα τηρήσουμε τη συμφωνία μας (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης).
4. Ζητήστε να επικοινωνήσουμε μαζί σας σχετικά με τις ιατρικές σας πληροφορίες με διαφορετικά μέσα ή σε διαφορετικές τοποθεσίες. Το αίτημά σας να σας κοινοποιήσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας με διαφορετικά μέσα ή σε διαφορετικές τοποθεσίες πρέπει να υποβληθεί γραπτώς.
5. Ζητήστε να αλλάξουμε τα ιατρικά σας στοιχεία. Ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημά σας εάν δεν δημιουργήσαμε τις πληροφορίες που θέλετε να αλλάξουν ή για ορισμένους άλλους λόγους. Εάν αρνηθούμε το αίτημά σας, θα σας παράσχουμε γραπτή εξήγηση. Μπορείτε να απαντήσετε με μια δήλωση διαφωνίας που θα προστεθεί στις πληροφορίες που θέλατε να αλλάξετε. Εάν αποδεχθούμε το αίτημά σας για αλλαγή των πληροφοριών, θα καταβάλουμε εύλογες προσπάθειες να ενημερώσουμε άλλους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που ονομάζετε, για την αλλαγή και να συμπεριλάβουμε τις αλλαγές σε οποιαδήποτε μελλοντική κοινοποίηση των πληροφοριών.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΝΑ

Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την ειδοποίηση ή εάν πιστεύετε ότι ενδέχεται να έχουμε παραβιάσει τα δικαιώματα απορρήτου σας, επικοινωνήστε μαζί μας. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε γραπτή καταγγελία στο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ. Δεν θα ανταποδώσουμε με κανέναν τρόπο εάν επιλέξετε να υποβάλετε καταγγελία.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Έχω λάβει την Ειδοποίηση πρακτικών απορρήτου και μου δόθηκε η ευκαιρία να την αναθεωρήσω.

Όνομα: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλούμε αναφέρετε τα ονόματα οποιουδήποτε ατόμου(ων) που ενδέχεται να ενημερώσουμε για την ιατρική σας κατάσταση (συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, της πληρωμής και των επεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης).

Όνομα: _____ Σχέση: _____

Όνομα: _____ Σχέση: _____

ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΣΕ ΑΡΧΕΙΟ ΕΞΟΥΣΙΑΣΗΣ ΧΡΕΩΣΗΣ

Εξουσιοδοτώ την Προοδευτική Ουρολογία να χρεώσει την πιστωτική μου κάρτα για οποιοδήποτε ποσό ευθύνης ασθενούς μετά την υποβολή των αξιώσεων και την επεξεργασία από την ασφάλισή μου. Αυτά τα υπόλοιπα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αμοιβή Ασθενούς
- Εκπίπτουσα/HSA Εκπίπτουσα
- Οποιοδήποτε απλήρωτο υπόλοιπο για 60 ημέρες

Υπογράφοντας παρακάτω, αναγνωρίζετε και συμφωνείτε με τα ακόλουθα:

- Έχω λάβει και διαβάσει την Πολιτική Αρχείων της Πιστωτικής Κάρτας και συμφωνώ με τους όρους
- Συμφωνώ να παρέχω και να επιτρέψω στην Προοδευτική Ουρολογία να χρεώσει την έκπτωση HSA ή την προσωπική πιστωτική κάρτα που παρέχεται κατά την παραλαβή του ασφαλιστικού μου EOB.
- Κατανοώ ότι η Προοδευτική Ουρολογία δεν θα αλλάξει το σχέδιο θεραπείας μου λόγω πιθανών χρεώσεων.

Εξουσιοδοτώ την Προοδευτική Ουρολογία να καταγράψει την πιστωτική μου κάρτα στο αρχείο για τυχόν υπόλοιπο που οφείλεται στον παρακάτω λογαριασμό.

Βεβαιώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος χρήστης αυτής της πιστωτικής κάρτας και ότι δεν θα αμφισβητήσω την πληρωμή με την εταιρεία της πιστωτικής μου κάρτας. εφόσον η συναλλαγή αντιστοιχεί στους όρους που αναφέρονται στο παρόν έντυπο.

Όνομα ασθενή: _____

Διάγραμμα #: _____

Όνομα κατόχου κάρτας (όπως φαίνεται στην κάρτα): _____

☐ VISA

☐ MASTERCARD

☐ AMERICAN EXPRESS

Αριθμός κάρτας: _____

Exp. Ημερομηνία: _____ Βλ . Κωδικός: _____ Ταχυδρομικός κώδικας: _____

Υπογραφή κατόχου κάρτας: _____ Ημερομηνία: _____

Οι πληροφορίες σας ΔΕΝ θα κοινοποιηθούν σε τρίτους.

****ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΤΙ Η ΧΡΕΩΣΗ ΘΑ ΕΜΦΑΝΙΖΕΤΑΙ ΩΣ «ΔΗΜΗΤΡΗ Ν. ΚΕΣΣΑΡΗΣ, MD PC» ΣΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ****

ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΣΤΟ ΑΡΧΕΙΟ ΕΓΚΡΙΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ Συχνές ερωτήσεις**Ε: Πώς λειτουργεί η διαδικασία αυτόματης χρέωσης;**

Α: Η πιστωτική σας κάρτα θα καταγραφεί σήμερα και θα αποθηκευτεί με ασφάλεια. Αφού ο ασφαλιστικός φορέας σας απαντήσει και μας παράσχει το υπόλοιπο οφειλόμενο υπόλοιπό σας, ενδέχεται να χρεώσουμε την ευθύνη του ασθενούς στην πιστωτική σας κάρτα που έχετε καταχωρίσει, ώστε να μην υπερβούμε το μέγιστο οφειλόμενο υπόλοιπο που αναφέρεται στη συμφωνία. Η πιστωτική σας κάρτα που έχετε καταχωρίσει θα χρεωθεί μόνο όταν έχετε υπόλοιπο οφειλόμενο στον λογαριασμό σας ή για μη καλυπτόμενη υπηρεσία.

Ε: Πώς θα ξέρω πόσα θα μου χρεώσετε;

Α: Θα λάβετε μια εξήγηση για το όφελος από τον ασφαλιστικό σας φορέα που εξηγεί ακριβώς, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη και τις παροχές υγείας σας, πόσο από τον λογαριασμό υγειονομικής περίθαλψης είναι δική σας ευθύνη και πόσο πληρώθηκε η ασφάλιση μαζί με τυχόν συμβατικές προσαρμογές.

Ε: Τι γίνεται αν χρειαστεί να αμφισβητήσω τον λογαριασμό μου;

Α: Θα συνεργαζόμαστε πάντα μαζί σας για την επίλυση τυχόν προβλημάτων και θα σας επιστρέψουμε τα χρήματα εάν έχουμε κάνει κάποιο σφάλμα χρέωσης. Θα χρεώσουμε μόνο το ποσό που λάβαμε εντολή από τον ασφαλιστικό σας φορέα να εισπράξουμε από εσάς με τον ίδιο τρόπο που καθορίζουμε συνήθως για το ποσό που θα σας στείλουμε μια δήλωση ταχυδρομικώς. Εάν διαφωνείτε με τον τρόπο με τον οποίο ο ασφαλιστικός σας φορέας διεκπεραίωσε την απαίτηση, θα χρειαστεί να επικοινωνήσετε απευθείας με το τμήμα εξυπηρέτησης πελατών του.

Ε: Θα λάβω αντίγραφο κίνησης ή απόδειξη για τις χρεώσεις που χρεώνονται αυτόματα στην κάρτα μου;

Α: Όχι αυτόματα. Ο ασφαλιστικός φορέας EOB και το αντίγραφο κίνησης της πιστωτικής σας κάρτας θα είναι η απόδειξή σας. Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να επικοινωνήσετε μαζί μας για να σας σταλεί με email μια αναλυτική ενημέρωση λογαριασμού.

Ε: Τι είναι η έκπτωση;

Α: Μια ετήσια έκπτωση είναι το ποσό σε δολάρια που πρέπει να πληρώσετε από την τσέπη σας κατά τη διάρκεια του έτους του προγράμματος για ιατρικά έξοδα προτού αρχίσει να πληρώνει η ασφάλειά σας. Για παράδειγμα, εάν το συμβόλαιο έχει έκπτωση 1.000 \$, πρέπει να πληρώσετε τα πρώτα 1.000 \$ των ιατρικών εξόδων πριν αρχίσει να πληρώνει η ασφάλειά σας. Η ασφαλιστική σας εταιρεία πρέπει να λάβει μια απαίτηση προς διεκπεραίωση προκειμένου να εφαρμόσει τα υπόλοιπα για την έκπτωση σας. Ακόμα κι αν έχετε ένα πρόγραμμα υψηλής έκπτωσης, σας ενθαρρύνουμε να μας ζητήσετε να υποβάλουμε την απαίτηση στην ασφάλισή σας, ώστε να λάβετε μια συμβατική προσαρμογή και οι υπηρεσίες να μπορούν να εφαρμοστούν στην έκπτωση σας.

Ε: Είναι ασφαλής η πιστωτική μου κάρτα;

Α: Ναι, δεν αποθηκεύουμε τα ευαίσθητα στοιχεία της πιστωτικής σας κάρτας στο γραφείο μας. Η διατήρηση της κάρτας σας σε αρχείο, εκτός τοποθεσίας, σε μια κρυπτογραφημένη πύλη πληρωμής ενισχύει πραγματικά την ασφάλεια επειδή μειώνει την έκθεση σε κάθε επίσκεψη.