



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 γιατρος που σας συστήσσει /Referring Doctor: _____ Παθολογος /Family Doctor: _____

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

Γιατι βλέπετε το γιατρο σήμερα?/Why are you seeing the doctor today? _____

Ποσο καιρο εχετε αυτο το προβλημα?/How long have you had this problem? _____

Εχετε δοκιμασει καποιο **φαρμακο** η εχετε κανει **θεραπεια** γι'αυτο?/Have you tried any **medicine/treatment** for this problem/pain? _____

PRESENT UROLOGICAL COMPLAINTS:

Παρακαλω αναφερετε ποιες απτα ουρολογικα προβλυματα εχετε τωρα.

☐ Πονος γυρω στην κοιλια /Abdominal Pain ☐ Πονος πισω- δεχια/αριστερα/χαμηλα πισω /Back Pain – Right/Left/Lower Back ☐ Παγωνιοι πονος-δεχια/αριστερα /Flank Pain – Right/Left ☐ Πονος οταν ουρεις, αν ειναι λιγος η πολυς /Painful Urination – mild/moderate/severe ☐ Δυσκολευσαι να ουρησεις ποτε λιγο ποτε πολυ /Straining to Urinate – occasional/always ☐ Εχεις δυσκολια στην ουρησι – ειναι καθε φορα η που και που /Urination Hesitancy – occasional/always ☐ Ποσο συχνα ουρεις- καθε ποσες ωρες _____ /Frequency of Urination – every _____ hour(s) ☐ Οταν ουρεις δυνατα η χωρις πιεσι. Ειναι το ιδιο παντα η που και που /Weak or Slow Stream – occasional/always ☐ Οταν ουρεις αδειαζει η κυστη αμεσως η λιγο – λιγο /Incomplete Bladder Emptying – occasional/always	☐ Έχετε επείγον να ουρήσετε - Ειναι το ιδιο παντα η που και που/Urgency to Urinate – occasional/always ☐ Ουρητε σε σταγονες η λιγο η συνεχεια /Dribbling – occasional /always ☐ Οταν βηχετε φευγουν τα ουρα η φτερνιζοντας φευγουν. (ελαγουν) /Urine Leakage with coughing or sneezing ☐ Έχετε διαρροή ούρων όταν έχετε επείγουσα ανάγκη ανάγκη/Urine leakage associated with urgency to urinate / If yes: _____ #pads/day ☐ Εχετε αιμα στα ουρα/ Blood in the Urine ☐ Αιμα στο σπερμα /Blood in Semen ☐ Μυρουδια στα ουρα /Urine Odor ☐ Πονο στους ορχεις /Pain in Testicles	☐ Ατελείς κινήσεις του εντέρου/ Incomplete Bowel Movements ☐ Διαρροια/ Diarrhea ☐ Δυσκοιλιότητα/ Constipation ☐ Κρυαδες /Chills ☐ Πυρετο /Fever ☐ Ταση για εμετο/ Nausea ☐ Εμετο /Vomiting ☐ Βαρος Χασιμο/ Weight Loss ☐ Εαν φευγουν απο το παιος υγρα/ Penile Discharge
---	--	---

Ποσες φορες πηγαινεις στο μπανιο το βραδυ η καθε βραδυ; /How many times do you urinate at night? _____

Εχεις ιστορικο ουρολοιμωξεις;/UTI Hx ☐ Ναι ☐ Οχι

Αν Ναι ποσες φορες τους τελευταιους 6 μηνες; _____ Έχετε συμβουλευτεί έναν γιατρό μολυσματικών ασθενειών; ☐ Ναι ☐ Οχι

Εχεις ιστορικο πετρας στο νεφρο;/Kidney Stone Hx ☐ Ναι ☐ Οχι Είχατε ποτέ χειρουργική επέμβαση πέτρας; ☐ Ναι ☐ Οχι

Εχεις ιστορικο απο:

Εχεις **οικογενιακο ιστορικο** απο:

Καρκινο του νεφρου;/Renal Ca: ☐ Ναι ☐ Οχι

Καρκινο του νεφρου;/Renal Ca: ☐ Ναι ☐ Οχι

Ουροδοχου κυστεως καρκινο;/Bladder Ca: ☐ Ναι ☐ Οχι

Ουροδοχου κυστεως καρκινο;/Bladder Ca: ☐ Ναι ☐ Οχι

Καρκινο προστατη/Prostate Ca ☐ Ναι ☐ Οχι

Καρκινο προστατη/Prostate Ca ☐ Ναι ☐ Οχι

Εχεις κανει το test PSA;/Recent PSA ☐ Ναι ☐ Οχι. Αν ναι, ποσο ηταν;/Value _____ ποια ημερομηνια/Date _____

Εχεις δυσκολια στη στιση;/ED ☐ Ναι ☐ Οχι. Αν ναι, δυσκολία/difficulty _____ στην απόκτηση/obtain _____ διατήρησης/maintain

Αν ναι, το εχετε για ποσες μηνες _____ χρονια _____ /If yes: Problem ongoing for _____ months/ _____ years.

Εχεις εμπειρια προωρης εκσπερματωσις; /Premature ejaculation? ☐ Ναι ☐ Οχι

Εχεις χαμηλη σεξουαλικη ορμη ;/Low sex drive? ☐ Ναι ☐ Οχι

Σχεδιάζετε να έχετε παιδιά;/Are you planning of having any children? ☐ Ναι ☐ Οχι

Υποφερεις απο συχνη κονραση;/Fatigue _____Ναι _____Οχι

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

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

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 ☐ Χήρος/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 φαρμακών που παίρνετε και αν παίρνετε φαρμακα χωρίς συνταγή, η βιταμίνες

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

Όνομα φαρμακού /Drug Name: Δοσολογία/Strength: Οδηγίες/Πώς τα παίρνετε /Directions/ How you take it:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Attach list if necessary)

Αλλεργίες: Παρακαλώ γράψτε όλους τους τύπους (φαρμακών, 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

Αλζαϊμερ / Alzheimer's Disease

Αναιμία / Anemia

Ανευρίσμα / Aneurysm

Προβλημα με φλεβες της καρδιας / Angina

Ανορεξία / Anorexia

Αγχος / Anxiety Disorder

Αθροϊτιδα / Arthritis

Αρρυθμία / Arrhythmia

Ανευρίσμα Αορτης / Aortic Aneurysm

Στενωσι Αορτης / Aortic Stenosis

Ανεπαρκεια Αορτης /Aortic Insufficiency

Ασθμα / Asthma

Atrial fibrillation

Πονος μεσης / Back pain

BPH

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 νεφρικη ανεπαρκια / Chronic Renal Insufficiency

Χρονια νεφρικη καταπτωσι / Chronic Renal Failure

Κολιτιδα / Colitis

Δυσκοιλιοτητα / Constipation

Καρκινο του παχεος 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

Μολυνσις στα αυτια / Ear Infection

Elevated PSA

Εμφυσημα / Emphysema

Μεγαλη καρδια / Enlarged Heart

Επιληψια / Epilepsy

Κυστη στο στήθος / Fibrocystic Breast Disease

Ινομυαλγια / Fibromyalgia

Καρκινο στομαχου / Gastric Cancer

Εχεις 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

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κουρασμενος / Malaise
Μελανωμα / Melanoma
Ψυχικες διαταραχες / 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
Οστεοπαινια / Osteopenia
Οστεοποροσις / Osteoporosis
Πανκρεατιτιδα / Pancreatitis
Καρκινο στο παγκρεας / Pancreatic Cancer
Ελκος στομαχου / Peptic Ulcer
Πλεβιτιδα / Phlebitis

Νοσημα Βλενογονου / Pituitary Disease
Πολιομυελιτιδας / Polio
Καρκινο προστατου / Prostate Cancer
Προστατιτιδα / Prostatitis
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
Καρκινο στους ορχεις / Testicular Cancer
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 εγχειρήσι 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
Σκωλικοειδιτιδίας / Appendectomy
Αρθροσκοπική Εγχειρήσι / Arthroscopic Surgery
Εγχειρήσι στη μέση / Back Surgery
Μικρίμα στομάχου / Bariatric Surgery
Εγχειρήσι παχέως εντέρου / Bladder Surgery
Εγχειρήσι των εντέρων / Bowel Resection
Βραχυθεραπεία του προστάτη / BRACHYTHERAPY-PROSTATE
RADIOACTIVE SEED IMPLANT
Εγχειρήσι Εγκεφάλου / Brain Surgery
Εγχειρήσι στο στήθος / Breast Surgery
Βιοψία του προστάτη / BIOPSY OF PROSTATE
BY PASS - CABG
Εγχειρήσι Καροτιδίων / Carotid Artery Surgery
Εγχειρήσι στο καρπο (αριστερο/δεξι η και στα δυο (χερι)) / Carpal Tunnel Surgery (L/ R/ Both)
Εγχειρήσι καταρακτη (αριστερο/δεξι η και στα δυο (ματι)) / Cataract Surgery (L/ R/ Both)
Στον Αυχένα Εγχειρήσι / Cervical Spine Surgery
Εγχειρήσι χολής / Cholecystectomy
Περιτομή / CIRCUMCISION
Colon Resection
Κολονοσκόπηση / Colonoscopy
Εγχειρήσι 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)
Εγχειρήσι στα αυτια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Ear Surgery (L or R or Both)
Εξέταση Ισοφαγού / EGD
Epididymectomy
Λιθοτριψία / ESWL / KIDNEY STONE LITHOTRIPSY
Εγχειρήσι στο πρόσωπο / Facial Surgery
Εγχειρήσι στα ματια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Eye Surgery (L or R or Both)
Εγχειρήσι στα πόδια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Foot Surgery (L or R or Both)
Εγχειρήσι στο στομάχι / Gastric Surgery
Εγχειρήσι στα χέρια (αριστερο/δεξι η και στα δυο) / Hand Surgery (L or R or Both)
Εγχειρήσι καρδιάς / Heart Surgery
Μεταμοσχευση καρδιάς / Heart Transplant
Αφαίρεσι αιμορροϊδες / Hemorrhoidectomy
Εγχειρήσι κήλη / Herniorrhaphy
Εγχειρήσι γοφού (ισχίου) / Hip Surgery
HYDROCELECTOMY
Ilioconduit

Ileostomy
Inguinal Herniorrhaphy
Εγχειρήσι στο γόνατο (αριστερο/δεξι η και στα δυο)
Laser στον προστάτη / Laser of Prostate
Laminectomy
Laparascopy
Laparatomy
Εγχειρήσι στο πόδι / Leg Surgery (L or R or Both)
Εγχειρήσι στο συκώτι / Liver Surgery
Αφαίρεσι μικρού ογκού / Lumpectomy
Εγχειρήσι πνευμονός / Lung Surgery
Αφαίρεσι λεμφαδένου / Lymphatic Node Dissection
Lysis Adhesions
Αφαίρεσι μαστού / Mastectomy
Επεμβασεις μαστού / Mastoid Suregry
MEATOTOMY
Εγχειρήσι αναπνευστικού / Nasal Surgery
Αφαίρεσι των νεφρών / Nephrectomy-Kidney Removal
Nephrolithotomy
Αφαίρεσι ορχέων / Orchiectomy
Βηματοδοτής στην καρδιά / Pacemaker Insertion
Parathyroidectomy
Εμφυτευμα στο πέος / Penile Implant
PEG
PE Tubes
Pilondial Cyst Incision
Ραδιενέργεια για καρκίνο του προστάτη / Radiation for Prostate Cancer
Αφαίρεσι του προστάτη / Radical Prostatectomy
Μεταμοσχευση νεφρού / Renal Transplant
Rotator Cuff Surgery
Septoplasty
Κολπών χειρουργική επεμβαση / Sinus Surgery
Skin Grafting
Συγκέντρωση σπέρματος / Spermatocelectomy
Splenectomy
Χειρουργική επεμβαση στο στομάχι / Stomach Surgery
Εγχειρήσι αμυγδαλές / Tonsil Surgery
Εγχειρήσι θυροειδής / Thryoid Surgery
TMJ Surgery
TUMT Prostate
TUR Prostate
Umbilical Hernia
Ureteroscopy
Varicocelectomy
Vasectomy7
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 κοκαλά / Aches/Pains
Αλλαγή στην όρεξη / Appetite Changes
Μελανιάζεις ευκολά / Bruises Easily
Πυρετο / Fever
Κρυαδες / Chills
Ζεστενεσαι ευκολά / Hot Flashes
Ιδρώνεις το βραδυ / Night Sweats
Κουραση / Fatigue
Γενική αδιαθεσία / Generalized Weakness
Αυπνία / Insomnia
Πρισμενους αδενες / Swollen Glands
Δεν έχεις όρεξη / Anorexia
Χανεις Βαρος / Weight Loss
Παιρνεις Βαρος / Weight Gain
Αλλά _____ / Other

Ματια / Eyes

Τυφλωσμα / Blindness
Δεν βλέπεις καλά / Blurred Vision
Βλέπεις διπλά / Double Vision
Πονο στα ματια / Eye Pain
Αλλά _____ / Other

Αλλεργιες / Allergic/Immunological

Εποχιακες αλλεργιες / Seasonal
Φαρμακα / Drug
Απο ζοα αλλεργία / Animal
Απο τη φυσι αλλεργία / Environmental
Αλλά _____ / Other

Endocrine

Δίψας / Excess Thirst
Κουραση / Tired/Sluggish
Δυσανεξία στο κρυο-ζεστη / Heat/Cold Intolerance
Αλλά _____ / Other

Ear/Nose Throat

Ερεθισμο στα αυτια / Ear Infection
Πρόβλημα Κολπων / Sinus Problems
Πονολαιμος / Sore Throat
Αλλά _____ / Other

Αιματολογικες / Hematological/Lymphatic

Πρησμενοι αδενες / Swollen Glands
Πηξη του αιματος / Blood Clotting Problems
Αιμοραγιες / Bleeding Problems
Χρηση ναρκωτικων / IV Drug Use
Sickle Cell
Αλλά _____ / 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 κενώσεις / Change in bowel habits
Φουσκωμα στομαχου / Flatulence
Αερια στομαχου / Gas
Αιμορραγια απο το ορθο / Rectal Bleeding
Μαυρα κοπρανα / Tarry Stools
Αλλά _____ / Other

Καρδιαγγειακες / Cardiovascular

Πονος στο στήθος/ Chest Pain
Δυσπνοια / Dyspnea
Οίδημα / Edema
Σκλήρυνση των αρτηριων / Hardening of the Arteries
Χαμηλή αντοχη στην ασκηση / Low Exercise Tolerance
Ορθοπνία / Orthopnea
Πονους/κραμπες κατα την ασκηση / Pain/Cramps w/Exercise
Αισθημα παλμων / Palpitations
Ταχυπαλμία / Skipped Heart Beats
Πρηξιμο / Swelling
Αλλά _____ / Other

Musculoskeletal

Πονο στη μεση / Back Pains
Πονο στα κοκαλά / Joint Pains
Πονο στον αυχένα / Neck Pain/Stiffness
Κραμπες στους μυιες / Muscle Cramps
Μυική αδυναμία / Muscle Weakness
Αλλά _____ / Other

Ψυχολογικος / Psychological

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

Δερμα / Skin

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

Neurological

Πονοκεφαλο / Headache
Ζαλαδες / Dizzy Spells
Πρόβλημα να σταθεις / Balance Problems
Μουδιασμα / Numbness/Tingling
Τρεμουλιασμα / Tremors
Αδυναμία ποδια-χερια / Leg or Arm Weakness
Χασιμο μνημης / Memory Loss
Πρόβλημα να μιλήσεις / Speech Problems
Αλλά _____ / Other

Αναπνευστικος / Respiratory

Συχο βηχα / Frequent Cough
Χαμηλή αναπνοη / Shortness of Breath
Συριγμο / Wheezing
Αλλά _____ / 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.