

WELCOME TO OUR OFFICE

오늘 날짜: _____

소셜번호: _____

성명(영문): _____
Last First Mi

보험 적용시

생년월일 (월/일/년): _____

마지막 검사 날짜: _____

나이: _____ 성별: 남 여

방문 목적: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ Zipcode: _____

비상시 연락처

자택번호: _____

성명(영문): _____

휴대번호: _____

전화번호: _____

이메일: _____

관계: _____

*이메일 수신 여부: 예 아니오

보험

직장/학교: _____

의료보험: _____

직업/학년: _____

시력보험: _____

어떻게 알게 되셨습니까?

보험 계약자 성함: _____

보험 친구 신문 인터넷

보험 계약자 생년월일: _____

그외: _____

보험 계약자 소셜#: _____

보험 계약자와의 관계: _____

현재 복용중인 약 (Over the Counter 포함)

약 이름

항히스타민제 예 아니오
 혈압약 예 아니오
 이뇨제 예 아니오
 안약 예 아니오
 피임약 예 아니오
 수면제 예 아니오
 그 외: _____

가족 내 병력 사항

관계

실명 예 아니오
 백내장 예 아니오
 녹내장 예 아니오
 당뇨병 예 아니오
 심장병 예 아니오
 황반변성 예 아니오
 그 외: _____

알레르기가 있습니까? (약물 혹은 그 외) 있으시면 설명해 주세요:

Advance Beneficiary Notice (ABN)

- 시력 보험이 의사 소견에 부합하는 모든 치료와 관리 비용을 부담해 주지 않습니다.
- 그 경우, Swiss Eye Care 는 의료 보험에 진료비용을 클레임 할 수 있습니다.
- 본인의 상황에 적합한 결정을 하시기 위해서 이 안내사항을 숙지해 주시기 바랍니다.
- 추가적으로 궁금하신 사항은 문의해 주십시오.

Patient Information:

Patient Name: _____

Patient Date of Birth: _____

Date of Service: _____

| 추가적 검안 항목 | 검안 내용 |
|-------------------------|---|
| Anterior Segment Photos | 안구의 앞 표면을 촬영하여 발견될 수 있는 질병을 진단합니다. |
| Fundus Photography | 안구의 기저부를 촬영하여 녹내장이나 황반 변성 등의 망막 관련 질환을 조기에 진단할 수 있습니다. |
| Specular Microscopy | 각막의 내피층을 분석하여 콘택트를 착용하시는 환자분들의 각막의 건강 상태와 각막 관련 질병들을 진단합니다. |
| Visual Field | 시야의 맹점들을 확인하여 녹내장이나 망막관련 질병들의 조기 진단을 도와줍니다. |

Signature of Responsible Party

Date

Relationship to Patient

Swiss Eye Care
2625 Old Denton Rd STE# 548
Carrollton, TX 75007

PATIENT AUTHORIZATION

I authorize any holder of medical records including Psychiatric, Alcohol, Drug Abuse and HIV/AIDS or other information about me to be released to the SSA or Health Care Financial Administrator or it's intermediaries or carrier, or any other insurance carrier, any information needed for this or a related claim. I permit a copy of the authorization to be used in place of the original, and request payment of the medical insurance benefit either to myself or to the medical party who accepts assignment.

본인의 위 명시된 각종 분야내 모든 진료 기록들을 보관하고 있는 시설들로부터 보험 청구 및 검안에 필요한 정보를 SSA, Health Care Financial Administrator, 중개인 또는 보험사등의 매개체들로 제공하는데 동의합니다. 또, 본 페이지의 사본 이용을 허가하며, 의료 보험 혜택 비용을 스스로 혹은 병원측에서 청구할수 있음을 인지합니다.

I agree to be responsible for payment of service render.

Signature of Responsible Party

Date

Relationship to Patient

****If you have any insurance, we will be glad to help you file for any benefits to which you are entitled. However, it remains the responsibility of the individual patient to settle his/her account promptly.***

Acknowledgement of Receipt for HIPAA Compliancy

I acknowledge that I've received or read a copy of Swiss Eye Care's notice of Privacy Practices.

****본인은 Swiss Eye Care 의 개인정보 보호 방침을 이해하였으며 동의합니다.***

Signature of Responsible Party

Date

Relationship to Patient