&HUWLILFDWLRQ RI +HDOWK &DUH 3URYLGHU IRU
)DPLO\ 0HPEHU¶V 6HULRXV +HDOWK &RQGLWLRQ
)DPLO\ DQG 0HGLFDO /HDYH $FW

8 6 'HSDUWPHQW RI /DERU
:DJH DQG +RXU 'LYLVLRQ

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB BBBB

SECTION III: For Completion by the HEALTH CARE PROVIDER

INSTRUCTIONS to the HEALTH CARE PROVIDER: 7 K H H P S O R \ H H O L V W H G D E R Y H K D V
W K H) 0 / H S D W L H Q W $ D Q Z H O H W K R S O L F D E O H 6 H D Y H W D E H T X H Z W L
V H H N D U H V S R Q V H U H D V R Q D E O H I R U W K H H P S O R \ H U W R F R Q G X F W D Q R Z W U E V H R U H O V W
H V W L P D W H Q E H O L H Y H G L F D O N Q R Z O H G J H Q H U D O P H G L F D W L R Q % H W R S H F L D O L W L H Q W R X
F D Q W K E R V D V ³ O L I H W L P H ´ ³ X Q N Q R Z Q R W E U H ³ V X G G H Q F D U G L D F W L H Q P L Q D W H U
F R Y H U D J H R / U P H L V R Q V H V W R W K H F R Q G L W L R Q Y H U Z K L F K W K H S D W L

3$57 % $02817 2) &$5(1(('(' :KHQ DQ\ FKDQJHV WR WKH FDUH SODQ DUH PDGH NHHS LQ PLQG WKD

B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B B

:LOO WKH FRQGLWLRQ FDXVH HSLVRGHV ...
DFWLYLWLHV" ____<HV

%DVHG RQ WKH SDWLHQW¶V PHGLFDO KLVWRU\ ... HVWLPDWH WK...
IODUH XSV DQG WKH GXUDWLRQ ... SDWLHQW PD\ KDYH ... WK...
HYHU\ PRQWKV ODVWLQJ GD\V

)UHTXHQF\ ____ WLPHV SHU ... PRQWK ...

'XUDWLRQ ... GD\ V SHU HSLVRGH

'RHV WKH SDWLHQW QHHG FDUH ... WKHVH IODUH XSV"

([SODLQ ... QHHGHG E\ WKH SDWLHQW ...

____ ___

____ ___

$'',7,21$/ ,1)250$7,21 ,'(17,)< 48(67,21 180%(5 :,7+ <285 $'',7,21$/ $...

____

____

____

____

____

____

Signature of Health Care Provider Date

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE AND PUBLIC BURDEN STATEMENT

,I VXEPLWWHG LW LV PDQGDWRU\ ...
&) 5 † 3HUVRQV DUH QRW UHTXLUHG ...
FRQWURO QXPEHU 7KH 'HSDUWPHQW ...
FROOHFWLRQ RI LQIRUPDWLRQ ...
GDWD QHHGHG DQG FRPSOHWLQJ ...
RU DQ\ RWKHU DVSHFW RI WKLV ...
:DJH DQG +RXU 'LYLVLRQ 8 6 'HSDUWPHQW ... $YH 1: :DVKLQJW...
DO NOT SEND COMPLETED FORM TO THE DEPARTMENT OF LABOR; RETURN TO THE PATIENT.