

Formularz zgody na opiekę medyczną

- W celu leczenia:** w imieniu własnym (lub pacjenta wymienionego poniżej) i – jeśli dotyczy – każdego urodzonego przeze mnie dziecka wyrażam niniejszym zgodę na procedury diagnostyczne i zabiegi medyczne, które okażą się konieczne i właściwe dla mojego stanu lub choroby, co może obejmować testy na obecność wirusa HIV, chyba że specjalnie wykluczę testy na obecność wirusa HIV, informując lekarza prowadzącego, że nie zgadzam się na takie testy. Decyzje o tym, jakie procedury diagnostyczne i zabiegi medyczne należy przeprowadzić, będą podejmowane przez mojego lekarza (lekarzy) lub inny właściwy personel medyczny według potrzeb i wskazań w okresie leczenia i wykonywane w szpitalu lub w ramach konsultacji telemedycznych przez lekarzy, pielęgniarki i pielęgniarzy oraz innych pracowników opieki zdrowotnej należących do personelu szpitala. Przyjmuję do wiadomości, że w moim leczeniu mogą uczestniczyć szkolący się pracownicy opieki zdrowotnej pod nadzorem odpowiedniego personelu.
- Koordinacja opieki medycznej:** przyjmuję do wiadomości, że Advocate Health Care stanowi zintegrowany system opieki medycznej, składający się z wielu szpitali, zespołów medycznych i innych jednostek świadczących usługi medyczne współpracujących ze sobą w celu zapewnienia pacjentowi wysokiej jakości opieki medycznej i skutecznej koordynacji opieki nad pacjentem. Przyjmuję do wiadomości, że Advocate będzie przechowywać moje dane dotyczące zdrowia w postaci elektronicznej dokumentacji medycznej, a moje dokumenty medyczne, między innymi rozpoznanie choroby, plan leczenia, wskazania, terminy wizyt, wyniki badań laboratoryjnych i innych badań diagnostycznych (w tym informacje związane z HIV, dane genetyczne i dokumentacja dotycząca zdrowia behawioralnego), będą dostępne do wglądu dla osób będących członkami interdyscyplinarnego zespołu opieki medycznej z różnych jednostek całego systemu Advocate Health Care. Interdyscyplinarny zespół opieki medycznej składa się między innymi z pracowników, kontrahentów, agentów, członków personelu medycznego Advocate Health Care wraz z oddziałami oraz grupy medycznej Advocate (Advocate Medical Group), zajmujących się wspólnie przyjmowaniem do szpitala, leczeniem, planowaniem i koordynowaniem opieki medycznej, wypisami ze szpitala i ustawowo wymaganą sprawozdawczością dotyczącą zdrowia publicznego.
- Fotografie:** przyjmuję do wiadomości, że lekarz może potrzebować moich fotografii, nagrań wideo i/lub audio w celu udokumentowania mojego stanu zdrowia, ułatwienia diagnozy i/lub leczenia oraz/lub zaplanowania szczegółów operacji. Przyjmuję do wiadomości, że mój lekarz lub szpital zachowa prawo własności tych fotografii, nagrań wideo i/lub audio. Przyjmuję również do wiadomości, że zdjęcia te mogą być wykorzystane w celach edukacyjnych, pod warunkiem że dane osobowe pacjenta nie zostaną ujawnione.
- Wybór lekarza domowego:** rozumiem, że mam swobodę wyboru i prawo wskazania lekarza domowego do opieki medycznej, której mogę potrzebować. Przyjmuję do wiadomości, że w celu zapewnienia ciągłości i poprawy jakości opieki medycznej szpital na ogół korzysta z usług domowych Advocate (Advocate at Home), chyba że wybiorę innego lekarza lub zostanie on wskazany przez mojego ubezpieczyciela. Listę lekarzy domowych otrzymam przy przyjęciu/rejestracji. Na życzenie mogę otrzymać drugą listę od koordynatora wypisów. Jeśli wyrażę chęć wyboru innego lekarza, moje preferencje zostaną uwzględnione.
- Recepty zewnętrzne:** zezwalam na dostęp do historii moich recept zewnętrznych, aby usprawnić otrzymywaną opiekę medyczną. Informacje będą dostępne tylko wtedy, gdy moje recepty będą realizowane przez aptekę należącą do systemu. W związku z tym dostarczenie rzetelnej historii leczenia farmakologicznego leży w zakresie mojej odpowiedzialności.
- Wybór języka:** moim preferowanym językiem do otrzymywania informacji związanych ze zdrowiem jest (Polish). Przekazano mi informacje dotyczące przekładów i usług tłumacza. Przyjmuję do wiadomości, że usługi te są dostępne bezpłatnie i że mogę o nie poprosić w dowolnym momencie pobytu w szpitalu.
- Przekazywanie informacji medycznych w celu otrzymania płatności:** niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich istotnych informacji zawartych w mojej dokumentacji medycznej, w tym informacji dotyczących HIV, danych genetycznych i dokumentacji zdrowia behawioralnego osobom trzecim będącym płatnikami odpowiedzialnymi za regulowanie zobowiązań płatniczych pacjenta, w tym między innymi towarzystwom ubezpieczeniowym, programom świadczeń zdrowotnych, pracownikom zajmującym się akceptacją roszczeń ubezpieczeniowych, instytucjom państwowym lub pośrednikom reprezentującym każdy z wymienionych wyżej podmiotów.
- Cesja świadczeń:** mając na względzie usługi świadczone przez szpital, niniejszym przenoszę prawa i upoważniam do bezpośrednich wypłat szpitalowi i zajmującym się mną lekarzom wszelkich świadczeń z tytułu ubezpieczenia, programu opieki zdrowotnej lub świadczeń płatnika strony trzeciej, które w przeciwnym razie musiałyby być regulowane przeze mnie lub w moim imieniu, za pobyt w szpitalu, intensywną opiekę medyczną i usługi ambulatoryjne.



9. **Płatności Medicare i cesja świadczeń (jeśli dotyczy):** proszę, aby płatności świadczeń Medicare, do których mam prawo, były wypłacane w moim imieniu za usługi szpitala i usługi lekarzy świadczone mi w szpitalu, jak również ceduję takie świadczenia z polisy ubezpieczeniowej na szpital i opiekujących się mną lekarzy. Poświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku o takie świadczenia ubezpieczeniowe są poprawne i że wypełniłem(-am) formularz Medicare. Upoważniam wszystkich posiadaczy informacji medycznych lub innych na mój temat do przekazywania ośrodkom i służbom Medicare oraz Medicaid, a także ich agentom wszelkich informacji potrzebnych do wypłacania takich świadczeń. Upoważniam Urząd Ubezpieczenia Społecznego (Social Security Administration) do ujawniania informacji o moich uprawnieniach do świadczeń na rzecz szpitala i lekarzy świadczących dla mnie usługi.
10. **Przedmioty osobiste:** przejmuję pełną odpowiedzialność za przedmioty będące osobistą własnością, w tym między innymi okulary, aparaty słuchowe, protezy dentystryczne, biżuterię, walutę i inne wartościowe przedmioty. Przyjmuję do wiadomości, że przedmioty wartościowe mogą być na moją prośbę przechowywane w szpitalnym sejfie, i niniejszym zwalniam szpital z odpowiedzialności i zobowiązań prawnych dotyczących przedmiotów wartościowych oraz rzeczy osobistych, które nie zostaną oddane do depozytu.
11. **Pomoc finansowa:** mając na względzie usługi świadczone przez szpital, jako pacjent lub przedstawiciel prawny pacjenta wyrażam zgodę na ponoszenie opłat na rzecz szpitala za wszystkie usługi i zasoby dostarczane pacjentowi za ustalone kwoty, z uwzględnieniem wszelkich dopłat lub obciążeń niepokrywanych przez płatników będących stroną trzecią. Przyjmuję do wiadomości, że rachunek szpitalny nie obejmuje usług lekarskich i że pacjent otrzyma odrębny rachunek od lekarzy za ich usługi. Zdaję sobie sprawę, że niektórzy lekarze mogą nie uczestniczyć w tych samych programach opieki medycznej, co szpital. Przyjmuję zatem do wiadomości, że w takiej sytuacji pacjent może być zobowiązany(-a) do uiszczenia dodatkowych opłat. Pacjent przyjmuje odpowiedzialność za wszelkie koszty, w tym koszty obsługi prawnej, poniesione przy egzekwowaniu tych należności. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli nie wyrażę zgody na udostępnianie dokumentacji lub później odwołam taką zgodę, pacjent będzie w pełni odpowiedzialny za opłacenie wszystkich zobowiązań za otrzymane rozpoznanie i leczenie. Poświadczam, że informacje udzielone przeze mnie do celów opłacenia leczenia szpitalnego są według mojej najlepszej wiedzy pełne i dokładne. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli pacjent będzie miał trudności w wypełnieniu swoich zobowiązań płatniczych wobec szpitala, informacje dotyczące pomocy finansowej, w tym rozsądne plany płatności i możliwości pomocy, są dostępne na życzenie w ramach usług doradztwa finansowego szpitala. Zdaję sobie sprawę, że pytania dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego lub wysokości świadczeń powinny być kierowane do dostawcy planu opieki zdrowotnej pacjenta oraz sprawdzane na podstawie certyfikatu ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta. Ponadto zaoferowano mi sformułowane prostym językiem podsumowanie możliwości pomocy finansowej, w którym zostały przedstawione zasady pomocy i ubiegania się o nią.
12. **Usługi niezależnego lekarza/świadczeniodawcy:** przyjmuję do wiadomości i w pełni rozumiem, że tylko ci lekarze/świadczeniodawcy, którzy są wyraźnie wskazani jako pracownicy wspierający system, są przedstawicielami Advocate Aurora Health. Niezatrudnieni lekarze/świadczeniodawcy są świadczeniodawcami niezależnymi, którzy mogą korzystać z obiektów szpitalnych w celu świadczenia opieki medycznej i leczenia. Niezatrudnieni lekarze to między innymi lekarze medycyny ratunkowej, traumatolodzy, kardiolodzy, położnicy, chirurdzy, radiolodzy, anestezjolodzy, patolodzy i inni specjaliści. Tacy niezależni lekarze/świadczeniodawcy dokonują własnego osądu medycznego, lecząc mnie lub w inny sposób świadcząc mi profesjonalne usługi. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące statusu zatrudnienia muszą kierować do mojego lekarza. Moja decyzja, by szukać pomocy medycznej w szpitalu nie jest oparta na wiedzy, oświadczeniu, reklamie, kampanii medialnej, założeniu, domniemaniu lub przekonaniu, że opiekujący się mną lekarze są pracownikami bądź przedstawicielami szpitala lub Advocate Health Care.

Składając podpis poniżej, potwierdzam, że przyjmuję do wiadomości i rozumiem, iż szpital korzysta z usług niezależnych kontrahentów i praktyków do świadczenia różnych usług, jak opisano powyżej. Ponadto potwierdzam, że przeczytałem(-am) niniejszy formularz zgody wraz ze szczególnymi sformułowaniami dotyczącymi usług niezależnych lekarzy i miałam(-am) możliwość zadania pytań, na które udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi.





Data <i>(Date)</i>	Godzina <i>(Time)</i>	Podpis pacjentki <i>(Signature of Patient)</i>
-----------------------	--------------------------	---

Data <i>(Date)</i>	Godzina <i>(Time)</i>	Podpis prawnie upoważnionego przedstawiciela <i>(Signature of Legally Authorized Agent(s))</i>	Relacja z pacjentem <i>(Relationship to patient)</i>
-----------------------	--------------------------	---	---

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

Tylko do użytku personelu Advocate
(For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices:	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined
Payment Policy	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined	No Surprise Billing Disclosure	<input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined

Date	Time	Signature of Teammate
------	------	-----------------------

