

Согласие на медицинское обслуживание

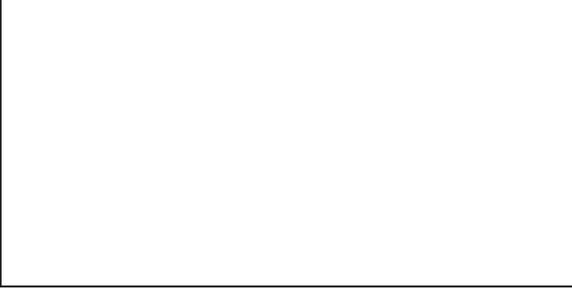
- 1. Лечение.** Я, от своего имени (или от имени пациента, указанного ниже) и, если применимо, от имени любого рожденного мною ребенка, настоящим подтверждаю свое согласие на проведение тех диагностических процедур и лечения, которые необходимы и целесообразны с учетом моего состояния или заболевания. В их число может входить и тестирование на ВИЧ, если только я отдельно не откажусь от его проведения, уведомив об этом своего поставщика медицинских услуг. Определять необходимость или целесообразность проведения диагностических процедур и лечения должен будет мой врач (врачи) или другие медицинские специалисты по мере необходимости или целесообразности во время лечения. Лечение и процедуры должны проводиться в больнице или с помощью телемедицины штатными врачами, средними медицинскими работниками и другими сотрудниками медицинского учреждения. Я понимаю, что поставщики медицинских услуг, проходящие обучение, могут участвовать в моем лечении под наблюдением соответствующего персонала.
- 2. Координация оказания медицинской помощи.** Я понимаю, что Advocate Health Care является клинически интегрированной системой здравоохранения, которая состоит из нескольких больниц, медицинских групп и других организаций - поставщиков медицинских услуг. Все они работают вместе, чтобы обеспечить высокое качество и эффективную координацию обслуживания пациентов. Я понимаю, что Advocate будет хранить мою медицинскую информацию в формате электронной медицинской карты. Я также понимаю, что мою медицинскую карту смогут просматривать представители междисциплинарной команды по оказанию медицинской помощи во всей системе Advocate Health Care. Они смогут ознакомиться с моим диагнозом, планом лечения, информацией о выписанных рецептах, расписанием приемов, а также результатами лабораторных и других диагностических исследований (включая данные об инфицировании ВИЧ, поведенческом здоровье и генетическую информацию). В состав такой междисциплинарной команды входят сотрудники, подрядчики, официальные представители и медицинские работники организации Advocate Health Care, ее дочерних компаний и Advocate Medical Group, а также другие специалисты, которые сотрудничают в процессе госпитализации, лечения, планирования, координации ухода, выписки или составления отчетов о состоянии здоровья населения в соответствии с государственными требованиями.
- 3. Использование фотоматериалов.** Я понимаю, что моему поставщику может понадобиться сделать фотографии, видео- и (или) аудиозаписи, чтобы задокументировать состояние здоровья, помочь в диагностике и (или) лечении заболевания, и (или) спланировать операцию. Я понимаю, что мой поставщик или администрация больницы сохраняют за собой право собственности на эти фотографии, видео- и (или) аудиозаписи. Я также понимаю, что эти фотографии в дальнейшем могут использовать в образовательных целях при условии сохранения в тайне идентификационных данных пациента.
- 4. Выбор варианта медицинского обслуживания на дому.** Я понимаю, что мне предоставлена свобода выбора варианта обслуживания и соответственно — право выбрать поставщика услуг по уходу на дому для предоставления необходимого мне ухода. Я знаю, что для обеспечения непрерывности и качества ухода администрация больницы, как правило, будет пользоваться услугами Advocate at Home, если я не выберу или моя страховая компания не назначит мне другого поставщика. Список поставщиков услуг по уходу на дому вручается мне при госпитализации или регистрации. По запросу менеджера по организации лечения после выписки из стационара может предоставить еще одну копию этого списка. Если я предпочту другого поставщика услуг, мои пожелания учтут.
- 5. Рецепты, выписанные третьими лицами.** Я даю разрешение на получение доступа к истории рецептов, выписанных в других медицинских учреждениях, для облегчения моего ухода. Эта информация будет доступна только в том случае, если эти рецепты заполнены в аптеке, которая участвует в программе. Это не снимает с меня ответственности за предоставление точной истории приема лекарств.
- 6. Выбор языка.** Я хочу получать медицинскую информацию на таком языке: (Russian). Мне предоставили информацию об услугах письменного и устного перевода. Я понимаю, что эти услуги доступны бесплатно и пока я нахожусь на стационарном лечении, я могу обратиться за ними в любое время.
- 7. Предоставление медицинской информации для оплаты.** Настоящим я даю согласие на передачу всей необходимой информации, которая содержится в моей медицинской карте, включая информацию об инфицировании ВИЧ, поведенческом здоровье и генетическую информацию, третьим сторонам, которые несут ответственность за оплату расходов пациента. В их число входят, помимо прочего, страховые компании, планы медицинского страхования, работодатели, которые согласовывают заявки на получение льгот, государственные учреждения или посредники — представители любой из вышеперечисленных групп.



8. **Назначение льгот.** Настоящим я даю разрешение напрямую оплачивать лечащим врачам и больнице счета за услуги, предоставленные в учреждении. Для этого могут использоваться средства любых страховок, медицинских планов или платежей третьих лиц, которые в противном случае подлежат выплате мне или от моего имени за эту госпитализацию, уход в отделении неотложной помощи или амбулаторные услуги.
9. **Оплата по программе Medicare и назначение льгот (если применимо).** Я прошу, чтобы от моего имени были оплачены разрешенные льготы Medicare за услуги больницы и врачей, которые предоставляются мне в больнице, и назначаю такие льготы больнице и врачам, которые их предоставляют. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявления на получение этих льгот, является правильной и что анкета Medicare мною заполнена. Я разрешаю всем лицам, которые владеют медицинской или иной информацией обо мне, предоставлять ее в любых объемах Центрам Medicare и Medicaid Services (Centers for Medicare and Medicaid Services) и их официальным представителям для выплаты этих льгот. Я даю разрешение Администрации социального обеспечения (Social Security Administration) предоставлять информацию о моем праве на получение льгот больницам и врачам, которые оказывают мне услуги.
10. **Личные вещи.** Я несу полную ответственность за все личные вещи, в том числе различные материальные ценности (очки, слуховые аппараты, зубные протезы, ювелирные изделия, денежные средства). Я понимаю, что ценные вещи можно хранить в сейфе больницы, и настоящим освобождаю больницу от ответственности за те ценные предметы и личные вещи, которые не переданы на хранение.
11. **Финансовая помощь.** В обмен на услуги, которые пациент или законный представитель пациента получит в больнице, пациент соглашается произвести оплату за все услуги, использование оборудования и расходных материалов, предоставленных пациенту, по установленным тарифам, включая любую франшизу, доплату или расходы, которые не покрываются третьей стороной. Я понимаю, что счет за медицинское обслуживание не включает в себя услуги врачей, и что они предоставят пациенту отдельные счета за свои услуги. Мне известно, что некоторые врачи могут не состоять в медицинском плане или платежной программе, которые оплачивают мое лечение, и поэтому с меня могут взиматься дополнительные средства. Пациент принимает на себя ответственность за любые расходы, включая гонорары адвокатов, связанные с взысканием этих расходов. Я понимаю, что если я не даю своего согласия на предоставление медицинской карты или впоследствии отзываю это согласие, то пациент несет полную ответственность за оплату всех расходов, связанных с диагностикой и лечением. Я подтверждаю, что информация, которую я предоставляю для оплаты больничного лечения, является, насколько мне известно, полной и точной. Я понимаю, что если пациент испытывает трудности с осуществлением своих платежных обязательств перед больницей, то информация о финансовой помощи, в том числе сведения о разумных планах оплаты и финансовой помощи, предоставляются по запросу в рамках услуг финансовой консультации в больнице. Я понимаю, что с вопросами о страховом покрытии или размере льгот следует обращаться в администрацию плана медицинского обслуживания пациента или страховую компанию пациента. Кроме того, мне предоставили копию краткого описания финансовой помощи на понятном языке, в котором описывается политика финансовой помощи и ее предоставление.
12. **Услуги независимого врача или поставщика.** Я признаю и полностью понимаю, что только те врачи или поставщики, которые имеют подтвержденное трудоустройство в Advocate, являются сотрудниками или официальными представителями Advocate Health Care. Врачи или поставщики, не состоящие в штате, являются независимыми лицами, которым разрешено использовать помещение этой больницы для оказания медицинской помощи и лечения. К таким врачам относятся, помимо прочего, врачи отделения неотложной помощи, травматологии, кардиологии, хирургии, радиологии, анестезиологии, патологии, родильного отделения и других специальностей. Эти независимые врачи или поставщики медицинских услуг опираются на свой опыт и квалификацию в области медицины при лечении или предоставлении мне других профессиональных услуг. Я понимаю, что мне следует задавать своему врачу любые вопросы о его статусе трудоустройства. Мое решение обратиться за медицинской помощью НЕ основано на договоренности, формальном описании, рекламе, кампании в средствах массовой информации, умозаключениях, предположениях или надеждах на то, что лечащие меня врачи или поставщики медицинских услуг являются сотрудниками или официальными представителями Advocate Health Care.

Своей подписью под этим документом я подтверждаю, что признаю и понимаю, что больница использует независимых подрядчиков или практикующих специалистов для предоставления различных услуг, описанных выше. Я также подтверждаю, что мне знакомо содержание этой формы согласия, в том числе конкретные формулировки, которые относятся к услугам независимых врачей, а также то, что у меня была возможность задать вопросы и мне дали на них удовлетворительные ответы.





Дата <i>(Date)</i>	Время <i>(Time)</i>	Подпись пациента <i>(Signature of Patient)</i>
-----------------------	------------------------	---

Дата <i>(Date)</i>	Время <i>(Time)</i>	Подпись законного (-ых) уполномоченного (-ых) представителя (-ей) <i>(Signature of Legally Authorized Agent(s))</i>	Кем приходится пациенту <i>(Relationship to patient)</i>
-----------------------	------------------------	---	---

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

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

Только для персонала Advocate
(For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined Payment Policy <input type="checkbox"/> Accepted <input type="checkbox"/> Declined	Patient Rights <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
------	------	-----------------------

