

Згода на отримання медичного обслуговування

- Лікування.** Я, від свого імені (або від імені зазначеного нижче пацієнта) і, якщо застосовно, від імені своєї новонародженої дитини, даю згоду на діагностичні процедури й медичні послуги, які є необхідними та доцільними для мого стану чи хвороби й можуть включати тестування на ВІЛ, якщо я не відмовлюся від нього, повідомивши про це свого лікаря. Діагностичні процедури й медичні послуги визначатимуть мої лікарі або інші медичні фахівці за потребою чи доцільністю під час лікування. Їх надаватимуть штатні лікарі, молодші медичні працівники й інші співробітники медичного закладу в лікарні або із застосуванням телемедицини. Я розумію, що медичні працівники, які проходять стажування, можуть брати участь у моєму лікуванні під наглядом досвідченого персоналу.
- Координування лікування.** Я розумію, що Advocate Health Care є клінічно інтегрованою медичною системою, яка складається з кількох лікарень, медичних груп та інших медичних організацій. Усі вони працюють разом над забезпеченням високоякісного обслуговування пацієнтів і ефективного координування лікування. Я розумію, що Advocate зберігатиме мою медичну інформацію у форматі електронної медичної картки й що мої медичні записи, зокрема відомості про діагноз, план лікування, виписані ліки, розклад консультацій і результати лабораторних аналізів та діагностичних обстежень (включно з інформацією, пов'язаною з ВІЛ, генетичними даними й відомостями про поведінкове здоров'я), зможуть переглядати в системі Advocate Health Care особи, які є учасниками команди з інтердисциплінарної допомоги. Ця команда складається, зокрема, зі співробітників, підрядників, представників і медичних працівників організації Advocate Health Care, її дочірніх компаній та Advocate Medical Group, які приймають, лікують і виписують пацієнтів, планують та координують медичний догляд, а також подають уряду обов'язкові звіти про стан здоров'я населення.
- Фотозйомка.** Я розумію, що моєму постачальнику медичних послуг, можливо, буде потрібно зробити фотографії, а також записати відео та (або) аудіо, щоб задокументувати мій медичний стан, установити діагноз і (або) спланувати лікування та (або) операцію. Я розумію, що мій постачальник медичних послуг або лікарня зберігатиме права власності на ці фотографії й відео- та (або) аудіозаписи. Я також розумію, що ці зображення можуть використовуватись у навчальних цілях без розголошення ідентифікаційних даних пацієнтів.
- Можливість догляду в домашніх умовах.** Я розумію, що маю право обирати постачальника послуг домашнього догляду, який надаватиме мені необхідну медичну допомогу. Я усвідомлюю, що для забезпечення послідовного і якісного медичного обслуговування лікарня, як правило, користуватиметься послугами Advocate at Home, якщо я не оберу або моя страхова компанія не призначить мені іншого постачальника. Я отримаю список постачальників послуг домашнього догляду під час госпіталізації або реєстрації. Я також можу попросити фахівця з планування виписки з медичного закладу надати мені ще один екземпляр цього переліку. Якщо я захочу змінити постачальника медичних послуг, мої побажання візьмуть до уваги.
- Рецепти, виписані в інших медичних закладах.** Я даю дозвіл на отримання доступу до історії рецептів, виписаних в інших медичних закладах, для полегшення мого догляду. Ця інформація буде доступна, лише якщо мої рецепти заповнювалися в аптеці, яка бере участь у програмі. Саме тому я несу відповідальність за надання точного анамнезу.
- Вибір мови.** Я хочу отримувати медичну інформацію такою мовою: (Ukrainian). Мені надали інформацію про послуги письмового й усного перекладу. Я розумію, що ці послуги надаються безкоштовно й що я можу замовити їх будь-коли під час госпіталізації.
- Розголошення медичної інформації для оплати.** Я надаю згоду на передачу всієї необхідної інформації в моїй медичній документації, зокрема інформації, пов'язаної з ВІЛ, генетичних даних і відомостей про поведінкове здоров'я, стороннім платникам, відповідальним за оплату витрат пацієнтів, зокрема страховим компаніям, планам медичного страхування, працівникам, які займаються схваленням заяв на отримання пільг, державним установам або посередникам, які представляють будь-що з вищепереліченого.
- Призначення пільг.** З огляду на послуги, які надаються в лікарні, я доручаю та дозволяю прями виплати лікарні та лікарям за цю госпіталізацію, невідкладну допомогу або амбулаторні послуги від будь-якої страхової компанії, плану медичного страхування чи стороннього платника, які мали би виплачуватися мені або від мого імені.



9. **Оплата Medicare та призначення пільг (якщо застосовно).** Я прошу, щоб від мого імені було сплачено дозволені пільги Medicare за послуги лікарні й лікарів, які надаються мені в лікарні, і призначаю такі пільги лікарні та лікарям, які їх надають. Я підтверджую, що надана мною інформація для отримання таких пільг є достовірною й що я заповнив(-ла) анкету Medicare. Я дозволяю будь-якому власнику медичної чи іншої інформації про мене надавати Центрам медичних послуг Medicare й Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) і їхнім представникам будь-яку інформацію, необхідну для виплат таких пільг. Я дозволяю Адміністрації соціального забезпечення (Social Security Administration) передавати лікарні й лікарям, які надають мені послуги, інформацію про моє право на отримання пільг.
10. **Особисті речі.** Я беру на себе повну відповідальність за всі особисті речі, зокрема, окуляри, слухові апарати, зубні протези, прикраси, гроші й інші коштовності. Я розумію, що цінні речі можна зберігати в лікарняному сейфі, і звільняю лікарню від відповідальності за коштовності й особисті речі, які не передано на зберігання.
11. **Фінансова допомога.** З огляду на послуги, які надаватимуться в лікарні, як пацієнт або його законний представник пацієнт погоджується оплачувати лікарні всі послуги, обладнання й матеріали, що надаються пацієнту, за встановленими тарифами, включно з франшизою, доплатою чи витратами, які не покриваються сторонніми платниками. Я розумію, що лікарняний рахунок не включає послуги лікаря й що пацієнт отримуватиме окремі рахунки від лікарів за їхні послуги. Я усвідомлюю, що деякі лікарі можуть не брати участь у плані медичного страхування або платіжній програмі, яка оплачує моє лікування, і через це з мене може стягуватися додаткова плата. Пацієнт бере на себе відповідальність за будь-які витрати, включно з гонорарами адвокатів, понесеними внаслідок стягнення цих витрат. Я розумію, що якщо я не надам згоду на розголошення інформації або згодом відкликаю таку згоду, пацієнт візьме на себе повну відповідальність за оплату всіх отриманих діагностичних обстежень і лікування. Я підтверджую, що інформація, надана мною для оплати цього лікування в лікарні, наскільки мені відомо, є повною й точною. Я розумію, що якщо в пацієнта виникнуть труднощі з виконанням його або її обов'язків щодо оплати лікарні, інформація про фінансову допомогу, включно з обґрунтованими планами виплат і фінансовою допомогою, доступна за запитом у межах послуг фінансового консультування лікарні. Я розумію, що із запитаннями щодо страхування або рівнів пільг я маю звертатися до представників плану охорони здоров'я й страхової компанії пацієнта. Крім того, мені надали копію документа про фінансову допомогу доступною мовою, у якому описано правила її використання й спосіб її отримання.
12. **Послуги незалежних лікарів або постачальників.** Я визнаю й повністю розумію, що працівниками або представниками Advocate Health Care є лише ті лікарі чи постачальники, які чітко визначені як співробітники Advocate. Непрацевлаштовані лікарі або постачальники – це незалежні постачальники, які мають дозвіл на використання приміщень лікарні для надання медичної допомоги й лікування. До непрацевлаштованих лікарів належать зокрема ті, хто практикує невідкладну медицину, травматологію, кардіологію, акушерство, хірургію, радіологію, анестезіологію, патологію та інші спеціальності. Ці незалежні лікарі або постачальники покладаються на власні медичні судження під час лікування або надання інших професійних послуг. Я розумію, що мені слід звертатися до свого лікаря з будь-якими запитаннями щодо його статусу зайнятості. Моє рішення звернутися по медичну допомогу до лікарні не ґрунтується на будь-якому розумінні, уявленні, рекламі, медійній кампанії, висновку, припущенні або переконанні про те, що лікарі, які надають мені медичну допомогу й лікування, є співробітниками чи представниками лікарні або організації Advocate Health Care.

Поставивши нижче свій підпис, я підтверджую, що визнаю та розумію, що для надання різноманітних послуг лікарня користується послугами незалежних підрядників або фахівців, як описано вище. Я також підтверджую, що прочитав(-ла) цю форму згоди, зокрема конкретні формулювання щодо послуг, які надають незалежні лікарі, і мені було надано можливість поставити запитання, на які я отримав(-ла) вичерпні відповіді.



 Дата (Date) Час (Time) Підпис пацієнта (Signature of Patient)

 Дата (Date) Час (Time) Підпис уповноваженого(-их) представника(-ів) (Signature of Legally Authorized Agent(s)) Ким є пацієнту (Relationship to patient)

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

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

**Лише для використання персоналом 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

