

**Згода на лікування, оплату та повідомлення про політику  
конфіденційності  
(Використовується для амбулаторних, позалікарняних послуг)**

**Лікування**

Я, від свого імені (або пацієнт, зазначений нижче) цим даю згоду на медичне лікування, яке може включати проведення обстежень, методи лікування та діагностичні процедури, про які лікарі або інші співробітники Advocate Aurora Health повідомили мене і визнали необхідними з медичної точки зору. Я розумію, що медичні працівники, які пройшли навчання, можуть під наглядом відповідного персоналу брати участь у моєму лікуванні.

**Оприлюднення інформації**

Цим я дозволяю Advocate Aurora Health розголошувати будь-яку медичну інформацію, необхідну для обробки страхових вимог (включаючи інформацію, що стосується лікування наркоманії, алкоголізму або психічних захворювань).

**Дозвіл на оплату**

Я також дозволяю переказувати будь-які виплати медичного страхування безпосередньо компанії Advocate Aurora Health за послуги, надані мені або моєму утриманцю. Цей дозвіл стосується будь-якої страхової виплати, що діяла на момент надання послуг.

**Оплата**

Цим я погоджуюсь повністю сплатити будь-який залишок на моєму рахунку відповідно до політики оплати та кредитування Advocate Aurora Health, яка може включати гонорар адвоката у межах розумного. Залишок заборгованості включає умови, передбачені страховою компанією, такі як доплати, франшизи та "звичні та загальноприйнятні" надбавки. Advocate Aurora Health залишає за собою право змінювати тарифи та політику без попереднього повідомлення.

**Послуги незалежного постачальника**

Я визнаю і повністю розумію, що тільки ті лікарі/постачальники медичних послуг, які чітко визнані співробітниками Advocate Aurora Health, є агентами Advocate Aurora Health. Лікарі/постачальники медичних послуг, які не мають трудових контрактів з Advocate Aurora - це незалежні постачальники медичних послуг, яким дозволено користуватися приміщеннями Advocate Aurora для надання медичної допомоги та лікування. Незалежні лікарі/медичні працівники керуються власним медичним судженням під час мого лікування чи іншого надання професійних послуг. Я розумію, що маю ставити своєму лікарю будь-які запитання щодо його/її статусу зайнятості. Моє рішення звернутися за медичною допомогою не ґрунтується на розумінні, презентації, рекламі, медіа-кампанії, висновку, презумпції чи впевненості, що лікарі/постачальники медичних послуг, які доглядають за мною, є працівниками чи агентами Advocate Aurora Health.

**Повідомлення про політику конфіденційності, права та обов'язки**

Я визнаю, що Advocate Aurora Health надали мені копію повідомлення про політику конфіденційності. Я розумію, що у повідомленні описана політика конфіденційності Advocate Aurora щодо використання та/або розкриття медичної інформації пацієнтів. Я визнаю, що отримав (-ла) повідомлення про права та обов'язки пацієнта в усному та письмовому вигляді.

*Своїм підписом нижче я підтверджую, що прочитав (-ла), зрозумів (-ла) і погодився (-лась) дотримуватися умов цієї згоди, включаючи конкретні формулювання стосовно послуг незалежного лікаря. У мене була можливість поставити питання, і на питання було отримано задовільні відповіді.*

_____	_____	_____	
Дата (Date)	Час (Time)	Підпис пацієнта (Patient Signature)	
_____	_____	_____	_____
Дата (Date)	Час (Time)	Підпис законного представника (Legal Representative)	Ким доводиться пацієнту (Relationship to Patient)

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

_____	_____	_____	_____
Date	Time	Interpreter Name	ID#

