

治疗、付款和隐私惯例通知同意书

(用于门诊、非住院服务)

接受治疗:

我本人 (或下面提到的患者) 在此同意并授权进行医疗治疗, 其中可能包括 Advocate Aurora Health 的医生或其他适当的服务提供者向我提供的检查、治疗和诊断程序, 并认为这些都是医学上必要的。我明白, 正在接受培训的医疗服务提供者可以在有关人员的监督下, 参与我的治疗。

信息披露:

我在此授权 Advocate Aurora Health 披露任何被认为是处理保险索赔所必需的医疗信息 (包括与药物滥用、酒精滥用或精神疾病治疗相关的信息)。

授权支付:

我进一步授权, 将所有健康保险福利用于直接支付 Advocate Aurora Health 为我或我的家属提供的服务。此授权适用于所有在提供服务时有效的保险福利。

付款:

我在此同意根据 Advocate Aurora Health 付款和信贷政策全额支付我账户上的任何结欠款项, 其中可能包括合理的律师费用。应付款项包括我的保险公司规定的条款, 如共付额、扣除额和 “通常和惯常” 津贴。Advocate Aurora Health 保留更改收费和政策的权利, 恕不另行通知。

独立医疗服务提供者服务:

我承认并完全理解, 只有那些被明确认定为 Advocate Aurora Health 雇员的医生/提供者才是 Advocate Aurora Health 的代理人。非雇佣医生/提供者是独立的医疗服务提供者, 他们被允许使用 Advocate Aurora 的设施来提供医疗护理和治疗。这些独立的医生/提供者在对进行治疗或以其他方式提供专业服务时, 行使自己的医疗判断。我理解, 我应向我的医生提出任何关于他或她职业状态的疑问。我寻求医疗护理的决定并非基于任何理解、陈述、广告、媒体宣传、推论、推定或相信为我提供护理和治疗的医生/提供者是 Advocate Aurora Health 的雇员或代理人。

隐私惯例通知权利和义务:

我承认 Advocate Aurora Health 已向我提供了其隐私惯例通知的副本。我理解该通知描述了 Advocate Aurora 关于使用和/或披露患者健康信息的隐私惯例。我于此确认, 已收到有关我作为患者的权利和义务的口头及书面通知。

通过在下方签名, 我承认, 我已经阅读理解并同意受本同意书的条款约束, 包括与独立医生服务有关的具体语言。我有机会提出问题, 并且所有问题都得到了满意的答复。

日期 (Date)	时间 (Time)	病人签名 (Patient Signature)
--------------	--------------	-----------------------------

日期 (Date)	时间 (Time)	法定代表人 (Legal Representative)	与患者的关系 (Relationship to Patient)
--------------	--------------	---------------------------------	-------------------------------------

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

Date	Time	Interpreter Name	ID#
------	------	------------------	-----

