

## 治療、付款和隱私慣例通知同意書 (用于門診、非住院服務)

### 接受治療：

我本人（或下面提到的患者）在此同意并授權進行醫療治療，其中可能包括Advocate Aurora Health的醫生或其他適當的服務提供者向我提供的檢查、治療和診斷程序，并認為這些都是醫學上必要的我明白，正在接受培訓的醫療服務提供者可以在有關人員的監督下，參與我的治療。

### 信息披露：

我在此授權Advocate Aurora Health披露任何被認為是處理保險索賠所必需的醫療信息（包括與藥物濫用、酒精濫用或精神疾病治療相關的信息）。

### 支付授權：

我進一步授權，將所有健康保險福利用于直接支付Advocate Aurora Health為我或我的家屬提供的服務。此授權適用于所有在提供服務時有效的保險福利。

### 付款：

我在此同意根據Advocate Aurora Health付款和信貸政策全額支付我賬戶上的任何結欠款項，其中可能包括合理的律師費用。應付款項包括我的保險公司規定的條款，如共付額、扣除額和“通常和慣常”津貼。Advocate Aurora Health保留更改收費和政策的權利，恕不另行通知。

### 獨立醫療服務提供者服務：

我承認并完全理解，只有那些被明確認定為Advocate Aurora Health雇員的醫生/提供者才是Advocate Aurora Health的代理人。非雇傭醫生/提供者是獨立的醫療服務提供者，他們被允許使用Advocate Aurora的設施來提供醫療護理和治療。這些獨立的醫生/提供者在對我進行治療或以其他方式提供專業服務時，行使自己的醫療判斷。我理解，我應向我的醫生提出任何關於他或她職業狀態的疑問。我尋求醫療護理的決定並非基于任何理解、陳述、廣告、媒體宣傳、推論、推定或相信為我提供護理和治療的醫生/提供者是Advocate Health Care的雇員或代理人。

### 隱私慣例通知權利和義務：

我承認Advocate Aurora Health已向我提供了其隱私慣例通知的副本。我理解該通知描述了Aurora Aurora's關於使用和/或披露患者健康信息的隱私慣例。我于此確認，已收到有關我作為患者的權利和義務的口頭及書面通知。

通過在下方簽名，我承認，我已經閱讀理解並同意受本同意書的條款約束，包括與獨立醫生服務有關的具體語言。我有機會提出問題，並且所有問題都得到了滿意的答覆。

_____ 日期 (Date)	_____ 時間 (Time)	_____ 患者簽名 (Patient Signature)	_____
_____ 日期 (Date)	_____ 時間 (Time)	_____ 法定代表人 (Legal Representative)	_____ 與患者的關係 (Relationship to Patient)

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

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

