

Zgoda na leczenie, płatności i zawiadomienie o działaniach dotyczących zachowania prywatności (Do wykorzystania w świadczeniach ambulatoryjnych - pozaszpitalnych)

Odnosnie do leczenia:

Ja sam(a) (lub pacjent wymieniony poniżej) niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam leczenie, które może obejmować wykonywanie badań, zabiegów medycznych i diagnostycznych, o których poinformowałam(-li) mnie lekarz(e) lub inni odpowiedni świadczeniodawcy Advocate Aurora Health i które uznano za niezbędne z medycznego punktu widzenia. Rozumiem, że szkolący się dopiero świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, mogą, pod nadzorem odpowiedniego personelu, uczestniczyć w moim leczeniu.

Udostępnianie informacji:

Niniejszym upoważniam Advocate Aurora Health do ujawnienia wszelkich informacji medycznych uznanych za niezbędne do rozpatrzenia roszczeń ubezpieczeniowych (w tym informacji dotyczących leczenia nadużywania narkotyków, nadużywania alkoholu lub chorób psychicznych).

Autoryzacja płatności:

Ponadto upoważniam do wypłaty wszelkich świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego bezpośrednio na rzecz Advocate Aurora Health za usługi świadczone na rzecz mnie lub osoby pozostającej na moim utrzymaniu. To upoważnienie dotyczy każdego świadczenia ubezpieczeniowego, które obowiązywało w momencie świadczenia usług medycznych.

Płatność:

Niniejszym zgadzam się spłacić w całości saldo na moim koncie zgodnie z zasadami płatności i kredytowania Advocate Aurora Health, które mogą obejmować uzasadnione honoraria adwokackie. Należne saldo obejmuje zabezpieczenia ustalone przez moją firmę ubezpieczeniową, takie jak współpłatności, udziały własne oraz „zwykłe i zwyczajowo przyjęte” dodatki. Advocate Aurora Health zastrzega sobie prawo do zmiany opłat i zasad bez uprzedniego powiadomienia.

Usługi niezależnego świadczeniodawcy:

Przyjmuję do wiadomości i w pełni rozumiem, że tylko ci lekarze/świadczeniodawcy, którzy są wyraźnie określani jako pracownicy Advocate Aurora Health, są przedstawicielami Advocate Aurora Health. Niezatrudnieni lekarze/świadczeniodawcy, którzy świadczą swoje usługi niezależnie, są upoważnieni do wykorzystywania placówek medycznych Advocate Aurora w celu udzielania opieki i leczenia. Ci niezależni lekarze/świadczeniodawcy kierują się własnym osądem medycznym w leczeniu mnie lub w inny sposób, świadcząc swoje profesjonalne usługi na moją rzecz. Rozumiem, że w razie wątpliwości powinienem zgłosić się do mojego lekarza i zapytać go o status zatrudnienia. Moja decyzja dotycząca skorzystania z opieki medycznej nie opiera się na jakichkolwiek założeniach, obrazie, reklamie, kampanii medialnej, konkluzjach, przypuszczeniach lub ufności, że lekarze/świadczeniodawcy zajmujący się opieką nademną są pracownikami lub przedstawicielami szpitala lub Advocate Aurora Health.

Powiadomienie na temat zasad zachowania poufności oraz prawach i obowiązkach:

Przyjmuję do wiadomości, że placówka Advocate Aurora Health przekazała mi egzemplarz Powiadomienia na temat zasad zachowania poufności. Rozumiem, że w powiadomieniu opisano zasady przyjęte przez Advocate Aurora dotyczące zachowania poufności i dotyczące wykorzystywania i/lub ujawniania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Potwierdzam, że otrzymałem(-am) ustne i pisemne powiadomienie dotyczące moich praw i obowiązków jako pacjenta.

Składając swój podpis poniżej, potwierdzam, że przeczytałem(-am), rozumiem i zgadzam się na przestrzeganie warunków niniejszego Formularza świadomej zgody, w tym wybór określonego języka związanego z usługami niezależnych lekarzy. Miałem(-am) okazję zadawać pytania, na które udzielono zadowolającej odpowiedzi.

| | | |
|----------------|-------------------|--|
| Data (Date) | Godzina (Time) | Podpis pacjenta (Patient Signature) |
|----------------|-------------------|--|

| | | | |
|----------------|-------------------|---|---|
| Data (Date) | Godzina (Time) | Przedstawiciel prawny (Legal Representative) | Rodzaj relacji z pacjentem (Relationship to Patient) |
|----------------|-------------------|---|---|

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

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

