



**Согласие на лечение, оплату и уведомление о порядке использования личной информации (Используется для амбулаторных, внебольничных услуг)**

**Для лечения:**

Я, от своего имени (или пациент, указанный ниже), настоящим даю согласие и разрешаю медицинское лечение, которое может включать проведение обследований, лечения и диагностических процедур, о которых врач (врачи) или другие соответствующие поставщики услуг в Advocate Aurora Health проконсультировали меня и сочли необходимым с медицинской точки зрения. Я понимаю, что медицинские работники, проходящие обучение, могут под наблюдением соответствующего персонала принимать участие в моем лечении.

**Разрешение на выдачу информации:**

Настоящим я уполномочиваю Advocate Aurora Health раскрывать любую информацию о состоянии моего здоровья, которая сочтется необходимой для страховой претензии (в том числе информацию о лечении от наркотической зависимости, алкоголизма или психическом заболевании).

**Разрешение произвести оплату:**

Кроме того, я разрешаю выплату любых медицинских страховых пособий непосредственно Advocate Aurora Health за услуги, оказанные мне или моему подопечному. Это разрешение распространяется на любую страховую выплату, действовавшую на момент предоставления услуг.

**Оплата:**

Настоящим я соглашаюсь полностью выплатить любую остающуюся на моем счету сумму в соответствии с платежной и кредитной политикой Advocate Aurora Health, которая может включать обоснованные суммы расходов на юридические услуги. Подлежащий выплате остаток включает положения, установленные моей страховой компанией, такие как доплаты, франшизы и "обычную и принятую" скидку. Advocate Aurora Health оставляет за собой право изменять тарифы и правила без предварительного уведомления.

**Услуги стороннего поставщика:**

Я знаю и полностью осознаю, что только те врачи/поставщики услуг, которые однозначно определены как сотрудники Advocate Aurora Health, являются представителями Advocate Aurora Health. Не работающие здесь врачи/поставщики услуг являются сторонними поставщиками услуг, которым разрешено использовать оснащение Advocate Aurora для оказания медицинских услуг и лечения. Эти сторонние врачи/поставщики услуг руководствуются своим собственными медицинскими представлениями при моем лечении или ином оказании мне медицинских услуг. Я понимаю, что я могу задавать своему врачу вопросы о его служебном положении. Мое решение обратиться за медицинской помощью не основано на каком-либо понимании, представлении, рекламе, кампании через средства массовой информации, мнении, допущении или уверенности в том, что врачи/поставщики оказываемых мне медицинских услуг являются сотрудниками или представителями Advocate Aurora Health.

**Уведомление о порядке использования личной информации, а также прав и обязанностей**

Я подтверждаю, что Advocate Aurora Health предоставила мне копию своего уведомления о порядке использования личной информации. Я понимаю, что в Уведомлении описываются правила конфиденциальности Advocate Aurora's в отношении использования и/или раскрытия информации о состоянии здоровья пациентов. Я подтверждаю, что я получил устное и письменное уведомление о моих правах и обязанностях будучи пациентом.

*Своей подписью ниже я подтверждаю, что прочел, понял и взял на себя обязательства по соблюдению условий формы о согласии, включая конкретные формулировки относительно сторонних медицинских услуг. У меня была возможность задать вопросы, и на все вопросы были получены удовлетворительные ответы.*

\_\_\_\_\_  
Дата (Date)                      Время (Time)                      Подпись пациента (Patient Signature)

\_\_\_\_\_  
Дата (Date)                      Время (Time)                      Законный представитель (Legal Representative)                      Степень родства с пациентом (Relationship to Patient)

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

\_\_\_\_\_  
Date                      Time                      Interpreter Name                      ID#

