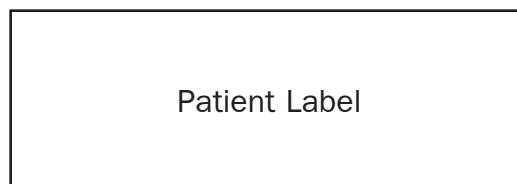
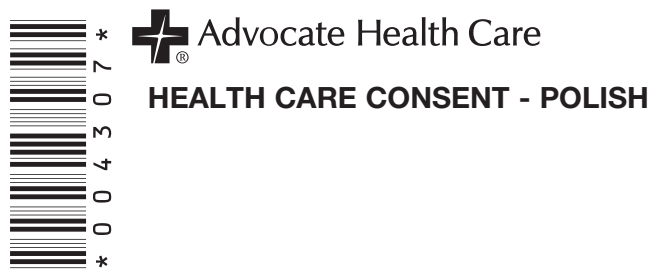


ZGODA NA ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. NA LECZENIE: Ja sam/sama (lub pacjent/pacjentka wymieniony/-a poniżej), lub, jeśli ma to zastosowanie, każde dziecko, które urodzi pacjentka, niniejszym wyrażam zgodę na wykonywanie takich procedur diagnostycznych oraz wdrażanie takich metod leczenia zachowawczego, jak to będzie konieczne i właściwe dla mojego stanu zdrowia lub choroby, co może obejmować badania w kierunku HIV, chyba że w szczególności podejmę decyzję o niewykonywaniu badań w kierunku HIV poprzez poinformowanie leczącego mnie świadczeniodawcę, że odmawiam udziału w takim badaniu. Procedury diagnostyczne i leczenie zachowawcze, które mają być świadczone, zostaną określone przez mojego lekarza/-y lub innych odpowiednich usługodawców tak, jak to jest konieczne lub zalecane w czasie prowadzenia leczenia i będą zapewniane w szpitalu przez lekarzy szpitalnych (członków personelu medycznego), pielęgniarki oraz innych świadczeniodawców. Rozumiem, że szkolący się pracownicy służby zdrowia mogą, pod nadzorem odpowiedniego personelu, uczestniczyć w moim leczeniu.
2. KOORDYNACJA OPIEKI: Rozumiem, że Advocate Health Care jest klinicznie zintegrowanym systemem opieki zdrowotnej, który składa się z wielu szpitali, grup medycznych oraz innych podmiotów świadczących opiekę zdrowotną, które współpracują ze sobą w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki sprawowanej nad pacjentem oraz w celu zapewnienia efektywnej koordynacji opieki nad pacjentem. Rozumiem, że Advocate będzie przechowywać moje informacje o stanie zdrowia pacjenta w formie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (*Electronic Medical Record*) oraz, że moja dokumentacja medyczna w tym, ale nie wyłącznie, postawione u mnie rozpoznanie, plan leczenia, informacje o receptach, harmonogram wizyt oraz wyniki badań laboratoryjnych oraz innych badań diagnostycznych (w tym informacje związane z HIV, informacje genetyczne oraz dokumentacja dotycząca zdrowia psychicznego) będą do wglądu dla osób, które są członkami zajmującego się mną zespołu opieki interdyscyplinarnej, działającego w całym systemie Advocate Health Care. Zespół opieki interdyscyplinarnej składa się między innymi z pracowników, wykonawców, przedstawicieli i członków personelu medycznego Advocate Health Care, filii tej firmy oraz Advocate Medical Group, którzy współpracują dla celów w postaci przyjęcia do szpitala, zapewnienia leczenia, zaplanowania i koordynowania opieki, wypisu ze szpitala lub nakazanego przez rząd raportowania związanego ze zdrowiem publicznym.
3. UTRWALENIE WIZERUNKU: Rozumiem, że mój świadczeniodawca może wymagać zrobienia mi zdjęć, nagrania materiału wideo i/lub audio, aby udokumentować chorobę, pomóc w ustaleniu rozpoznania i/lub leczenia schorzenia i/lub pomóc w szczegółowym zaplanowaniu operacji. Rozumiem, że mój świadczeniodawca lub szpital zachowa prawa własności do tych zdjęć, materiałów wideo i/lub audio. Rozumiem, że materiały te będą przechowywane w sposób, który będzie chronił moją prywatność i że będą przechowywane przez określony czas wyszczególniony w szczegółowych zasadach obowiązujących świadczeniodawcę lub szpital. Przyjmuję do wiadomości, że na terenie szpitala mogą znajdować się kamery nadzorujące i że są one umieszczone w tym miejscu dla bezpieczeństwa pacjentów, personelu i gości. Rozumiem, że te kamery mogą przez cały czas nagrywać.
4. WYBÓR DOTYCZĄCY OPIEKI DOMOWEJ: Rozumiem, że w przypadku opieki, której mogę potrzebować, mam swobodę i prawo do wyboru świadczeniodawcy mojej opieki domowej. Zdam sobie sprawę, że w celu poprawy ciągłości i jakości opieki szpital będzie na ogół korzystał z usług Advocate at Home, chyba że wybiorę innego świadczeniodawcę lub postąpię zgodnie ze wskazaniem mojego ubezpieczyciela. Lista świadczeniodawców opieki domowej jest dostarczana mi w momencie przyjęcia/rejestracji. Osoba planująca wypis może dostarczyć na życzenie kolejny egzemplarz tej listy. Jeśli preferuję innego świadczeniodawcę, to moje preferencje będą honorowane.
5. RECEPTY POZASZPITALNE: Zgadzam się na dostęp do mojej historii recept pozaszpitalnych w celu usprawnienia opieki nade mną. Informacje będą dostępne tylko wtedy, gdy moje recepty będą realizowane przez aptekę współpracującą z Advocate. Dlatego przedstawienie dokładnej historii dotyczącej leków pozostaje moją odpowiedzialnością.
6. WYBÓR JĘZYKA Moim preferowanym językiem do otrzymywania informacji o stanie zdrowia jest (polski). Przekazano mi informacje na temat usług tłumaczeń pisemnych i ustnych. Rozumiem, że te usługi są dostępne bezpłatnie i że mogę poprosić o nie w dowolnym momencie podczas obowiązywania umowy.



7. OGRANICZONE UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA DANYCH DOTYCZĄCYCH RACHUNKÓW/FAKTUR ORAZ INFORMACJI O UBEZPIECZENIU: Poprzez postawienie parafki w pustym miejscu upoważniam szpital do ujawnienia informacji dotyczących statusu roszczeń ubezpieczeniowych i salda należności osobie wskazanej poniżej, która uczestniczy w procesie zapłaty za moją opiekę. Rozumiem, że to upoważnienie jest ograniczone do informacji na temat statusu zapłaty rachunków/faktur i statusu dotyczącego ubezpieczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia, w którym ma miejsce leczenie objęte tą zgodą na świadczenie usług opieki zdrowotnej. W przypadku jakichkolwiek przyszłych zdarzeń związanych z leczeniem muszę ponownie wyznaczyć tę osobę, aby udostępnić jej informacje. To upoważnienie może zostać w dowolnym momencie odwołane poprzez pisemne zawiadomienie skierowane do Wydziału Przetwarzania Informacji Zdrowotnych/Dokumentacji Medycznej (Health Information Management/Medical Records Department) (bez wpływu na wcześniejsze udostępnianie tych danych).

Parafka: _____ Osoba wyznaczona: _____ Związek z pacjentem: _____

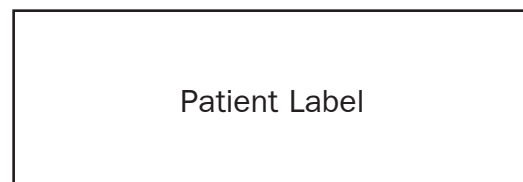
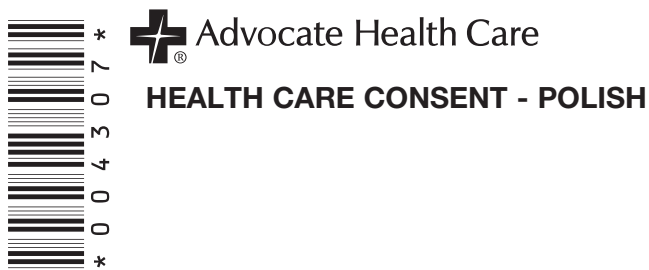
8. UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI MEDYCZNYCH NA TEMAT PŁATNOŚCI: Niniejszym upoważniam do ujawnienia wszelkich i wszystkich istotnych informacji zawartych w mojej dokumentacji medycznej, w tym informacji o zakażeniu HIV, informacji genetycznych i dokumentacji o zdrowiu psychicznym, płatnikom instytucjonalnym odpowiedzialnym za pokrycie kosztów, którymi obciążony jest pacjent, w tym, ale nie wyłącznie, agencjom ubezpieczeniowym, planom świadczeń zdrowotnych, pracodawcom zaangażowanym w zatwierdzanie roszczeń ubezpieczeniowych, agencjom rządowym lub pośrednikom reprezentującym dowolne z powyższych instytucji.

9. CESJA ŚWIADCZEŃ: W związku z usługami świadczonymi w szpitalu, niniejszym ceduję i autoryzuję płatności bezpośrednie na rzecz szpitala i lekarzy prowadzących ze świadczenia z ubezpieczenia, programu zdrowotnego lub od płatników instytucjonalnych, które w przeciwnym razie są wypłacane mi lub w moim imieniu, pokrywając koszty związane z tą hospitalizacją, opieką na oddziale ratunkowym lub ze świadczeniami pozaszpitalnymi.

10. PŁATNOŚCI MEDICARE I CESJA ŚWIADCZEŃ (jeśli dotyczy): Wnioskuje o wypłatę w moim imieniu autoryzowanych świadczeń programu Medicare w związku z usługami świadczonymi na moją rzecz w szpitalu przez szpital oraz lekarzy i ceduję takie świadczenia na rzecz szpitala i lekarzy zapewniających wyżej wspomniane świadczenia. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy składaniu wniosku o takie świadczenia są prawidłowe i że wypełniłem/-am kwestionariusz związany z planem Medicare. Upoważniam wszelkie osoby lub instytucje będące w posiadaniu danych medycznych lub innych informacji do udostępnienia Centers for Medicare i Medicaid Services oraz ich przedstawicielom wszelkich informacji potrzebnych do wypłaty takich świadczeń. Upoważniam Social Security Administration do przekazania szpitalowi oraz lekarzom zapewniającym mi usługi informacji o moim uprawnieniu do świadczeń.

11. RZECZY OSOBISTE: Przyjmuję pełną odpowiedzialność za wszystkie przedmioty związane z własnością osobistą, w tym, ale nie wyłącznie, za okulary, aparaty słuchowe, protezy dentystryczne, biżuterię, walutę oraz wszelkie inne przedmioty wartościowe. Rozumiem, że przedmioty wartościowe mogą być przechowywane na moją prośbę w sejfie szpitalnym i niniejszym zwalniam szpital z odpowiedzialności za te przedmioty wartościowe i rzeczy osobiste, których nie pozostawiono w depozycie.

12. POMOC FINANSOWA: W związku z usługami, które mają być świadczone przez szpital i występując jako pacjent lub prawny przedstawiciel pacjenta, pacjent zgadza się zapłacić szpitalowi za wszystkie usługi, korzystanie z obiektów szpitalnych i zasoby świadczone/dostarczone mu po ustalonych stawkach, w tym wszelkie udziały własne, współpłatności lub opłaty, których nie pokrywają płatnicy instytucjonalni. **Rozumiem, że rachunek/faktura wystawiony/-a przez szpital nie obejmuje usług lekarza, a pacjent otrzyma oddzielne rachunki wystawione przez lekarzy za świadczone przez nich usługi.** Niektórzy lekarze należący do personelu medycznego szpitala mogą nie uczestniczyć w tych samych planach zdrowotnych co szpital i rozumiem, że pacjent może być zmuszony/-a zapłacić większą część rachunku lekarza jako świadczeniodawcy pracującemu „poza siecią”. Pacjent ponosi odpowiedzialność za wszelkie koszty, w tym koszty obsługi prawnej, poniesione w związku z pobraniem tych opłat. Rozumiem, że jeśli pacjent nie wyraża zgody na ujawnienie danych z dokumentacji medycznej lub później odwołuje taką zgodę, jest on w pełni odpowiedzialny/-a za uregulowanie wszystkich opłat związanych z postawieniem rozpoznania i otrzymanym leczeniem. Oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie do celów zapłaty za niniejsze



leczenie szpitalne są, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, kompletne i dokładne. Rozumiem, że jeśli pacjent ma trudności w wypełnianiu swoich obowiązków płatniczych wobec szpitala, to informacje na temat pomocy finansowej, w tym sensowne plany rozłożenia płatności i pomoc finansowa, są dostępne na życzenie w ramach usług doradztwa finansowego świadczonych przez szpital. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące pokrycia usług zdrowotnych lub poziomów świadczeń powinno się kierować do instytucji zarządzającej planem opieki nad pacjentem oraz do warunków polisy ubezpieczeniowej pacjenta. Przedstawiono mi ponadto egzemplarz napisanego prostym językiem podsumowania dotyczącego pomocy finansowej, w którym opisano zasady takiej pomocy oraz wnioski o pomoc finansową.

13. **NIEZALEŻNE ŚWIADCZENIA LEKARSKIE/INNEGO USŁUGODAWCY: PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI I W PEŁNI ROZUMIEM, ŻE PRACOWNIKAMI LUB PRZEDSTAWICIELAMI ADVOCATE HEALTH CARE SĄ TYLKO LEKARZE/ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRZY SĄ WYRAŹNIE OKREŚLENI JAKO PRACOWNICY ADVOCATE. NIEZATRUDNIENI PRZEZ ADVOCATE LEKARZE/ŚWIADCZENIODAWCY MAJĄ PRAWO DO KORZYSTANIA Z ZASOBÓW SZPITALNYCH W CELU ŚWIADCZENIA USŁUG OPIEKI MEDYCZNEJ I LECZENIA.** Lekarze niezatrudnieni obejmują, ale nie ograniczają się do tych, którzy praktykują medycynę ratunkową, traumatologię, kardiologię, położnictwo, chirurgię, radiologię, anestezjologię, histopatologię i inne specjalności. Ci niezależni lekarze/świadczeniodawcy w leczeniu mnie lub w innym świadczeniu profesjonalnych usług przedstawiają swoją własną opinię medyczną. Rozumiem, że powinienem/powinnam zadać swojemu lekarzowi wszelkie pytania dotyczące jego statusu zatrudnienia. Moja decyzja o chęci uzyskania opieki medycznej w szpitalu **NIE JEST OPARTA NA ŻADNYCH ZAŁOŻENIACH, SKARGACH, REKLAMIE, KAMPANII MEDIALNEJ, WYWODACH, SUGESTIACH LUB ZAUFANIU, ŻE LEKARZE, KTÓRZY ZAPEWNIĄ MI OPIEKĘ I LECZENIE SĄ PRACOWNIKAMI LUB PRZEDSTAWICIELAMI SZPITALA LUB ADVOCATE HEALTH CARE.**

Składając poniżej podpis, potwierdzam, że przyznaję i rozumiem, iż szpital korzysta z usług niezależnych wykonawców lub lekarzy w celu świadczenia różnych, opisanych powyżej usług. Ponadto potwierdzam, że przeczytałem/-am niniejszy formularz zgody, w tym konkretny akapit odnoszący się do świadczeń niezależnych lekarzy, i miałem/-am możliwość zadawania pytań, a na wszelkie pytania udzielono mi satysfakcjonującej odpowiedzi.

Przeczytałem/-am i rozumiem powyższe warunki leczenia i potwierdzam, że jestem pacjentem lub jestem upoważniony/-a do złożenia podpisu w imieniu pacjenta.

Data: _____ Godzina: _____ Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data: _____ Godzina: _____ Podpis pacjenta: _____

(lub proszę zakreślić:
Rodzic/opiekun prawny/osobisty przedstawiciel)

Data: _____ Godzina: _____ Podpis świadka: _____

Zaświadczenie o tłumaczeniu:

Oświadczam, że przetłumaczyłem/-am powyższe informacje dla podpisującego niniejszy dokument na język _____

Data: _____ Godzina: _____ Tłumacz: _____

Nazwisko/nr identyfikacyjny

For Advocate Personnel Use Only

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined

Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy: Accepted Declined

Date: _____ Time: _____ Signature: _____



Advocate Health Care

HEALTH CARE CONSENT - POLISH



Patient Label