

治療同意、付款和隱私權行為通知
(針對門診、非醫院服務)**治療：**

本人（或以下所列患者）特此同意並授權進行醫療治療，其中可能包括醫生或其他適當提供者在 Advocate Aurora Health 告知本人並認為在醫學上必要的檢查、治療和診斷程序。本人理解，接受培訓的醫療保健提供者可在適當人員的監督下參與本人的治療。

資訊發佈：

本人特此授權 Advocate Aurora Health 發佈處理保險索賠所需的任何醫療資訊（包括與藥物濫用、酒精濫用或精神疾病治療相關的資訊）。

付款授權：

本人進一步授權直接向 Advocate Aurora Health 支付任何醫療保險福利，以便為本人或本人家屬提供服務。此授權適用於提供服務時有效的任何保險福利。

付款：

本人特此同意根據 Advocate Aurora Health 付款和信用政策全額支付本人帳戶中的任何餘額，其中可能包括合理的律師費用。應付餘額包括本人保險公司規定的準備金，如共付額、自付額以及「通常和習慣」補貼。Advocate Aurora Health 保留更改費用和政策的權利，恕不另行通知。

獨立提供者服務：

本人認可並完全理解，只有那些明確確定為 Advocate Aurora Health 員工的醫生/提供者才是 Advocate Aurora Health 的代理人。非受僱醫生/提供者為允許使用 Advocate Aurora 設施提供醫療護理和治療的獨立提供者。這些獨立醫生/提供者在治療本人或以其他方式向本人提供專業服務時需行使自己的醫療判斷。本人理解本人應該詢問本人的醫生關於他/她的就業狀況的任何問題。本人尋求醫療護理的決定並非基於任何理解、陳述、廣告、媒體宣傳、推論、推測或依賴，即照顧本人的醫生/提供者為 Advocate Aurora Health 的員工或代理人。

隱私權行為通知：

本人承認 Advocate Aurora Health 已向本人提供其隱私權行為通知的副本。本人理解該通知描述 Advocate Aurora 相關使用和/或披露患者健康資訊的隱私權行為。

通過本人在下面的簽名，本人承認本人已閱讀理解並同意受本同意書條款的約束，包括與獨立醫生服務相關的特定語言。本人有機會提出問題，並且任何問題都得到了令人滿意的回答。

Date 日期 Time 時間 Patient Signature 患者簽名

Date 日期 Time 時間 Legal Representative 法定代理人 Relationship to Patient 與患者之關係

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

Date 日期 Time 時間 Interpreter Name 翻譯人員姓名 ID#

