

Zgoda na leczenie, płatność i oświadczenie o praktykach w zakresie ochrony prywatności

(Stosować w przypadku usług ambulatoryjnych, pozaszpitalnych)

W celu leczenia:

Ja, występując we własnym imieniu (lub pacjenta wymienionego poniżej), niniejszym wyrażam zgodę i zezwalam na leczenie, które może obejmować wykonanie badań, zabiegów i procedur diagnostycznych, o których poinformowali mnie lekarze lub inni odpowiedni świadczeniodawcy w Advocate Aurora Health i które uznali za niezbędne z medycznego punktu widzenia. Przyjmuję do wiadomości, że w moim leczeniu mogą uczestniczyć szkolący się pracownicy służby zdrowia pod nadzorem odpowiedniego personelu.

Ujawnienie informacji:

Niniejszym upoważniam Advocate Aurora Health do ujawnienia wszelkich informacji medycznych uznanych za niezbędne do rozpatrzenia roszczeń ubezpieczeniowych (w tym informacji dotyczących leczenia uzależnienia od narkotyków, alkoholu lub leczenia choroby psychicznej).

Upoważnienie do zapłaty:

Ponadto upoważniam do wypłaty wszelkich świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego bezpośrednio na rzecz Advocate Aurora Health za usługi świadczone na rzecz moją lub osoby pozostającej na moim utrzymaniu. Niniejsze upoważnienie dotyczy wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych, które obowiązywały w momencie świadczenia usług.

Płatność:

Niniejszym zgadzam się spłacić w całości wszelkie należności na moim koncie zgodnie z zasadami płatności i kredytowania obowiązującymi w Advocate Aurora Health, które mogą obejmować uzasadnione koszty obsługi prawnej. Należne saldo obejmuje klauzule ustalone przez moją firmę ubezpieczeniową, takie jak dopłaty pacjenta, opłaty redukcyjne oraz „zwykłe i zwyczajowe” świadczenia. Advocate Aurora Health zastrzega sobie prawo do zmiany opłat i zasad bez powiadomienia.

Usługi świadczeniodawcy niezależnego:

Przyjmuję do wiadomości i w pełni rozumiem, że tylko ci lekarze/świadczeniodawcy, którzy są wyraźnie zidentyfikowani jako pracownicy Advocate Aurora Health, są przedstawicielami Advocate Aurora Health. Niezatrudnieni lekarze/świadczeniodawcy są świadczeniodawcami niezależnymi, którzy mogą korzystać z obiektów Advocate Aurora w celu świadczenia opieki medycznej i leczenia. Tacy niezależni lekarze/świadczeniodawcy dokonują własnego osądu medycznego, lecząc mnie lub w inny sposób świadcząc mi profesjonalne usługi. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące jego statusu zatrudnienia powinienem/powinnam zadawać mojemu lekarzowi. Moja decyzja o skorzystaniu z opieki medycznej nie jest oparta na wiedzy, oświadczeniu, reklamie, kampanii medialnej, założeniu, domniemaniu lub przekonaniu, że opiekujący się mną lekarze/świadczeniodawcy są pracownikami lub przedstawicielami Advocate Aurora Health.

Oświadczenie o praktykach w zakresie ochrony prywatności:

Potwierdzam, że Advocate Aurora Health dostarczyła mi kopię jej oświadczenia o praktykach w zakresie ochrony prywatności. Rozumiem, że niniejsza informacja opisuje praktyki Advocate Aurora w zakresie ochrony prywatności w odniesieniu do wykorzystywania i/lub ujawniania informacji zdrowotnych pacjentów.

Składając podpis poniżej, poświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią niniejszego formularza i akceptuję warunki niniejszej zgody, łącznie z informacją o usługach niezależnych lekarzy. Miałem(-am) możliwość zadania pytań i uzyskałem(-am) zadowalające odpowiedzi.

Date Data Time Godzina Patient Signature Podpis pacjenta

Date Data Time Godzina Legal Representative Pełnomocnik prawny Relationship to Patient Stosunek do pacjenta

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

Date Time Interpreter Name #ID

