AdvocateAuroraHealth

Согласие на лечение, его оплату и уведомление о соблюдении конфиденциальности
(применять в амбулаторном внебольничном обслуживании)

Начало лечения

Настоящим я даю свое (или от имени пациента, указанного ниже) согласие и разрешение на лечение, которое может включать в себя проведение медицинского осмотра, лечебных и диагностических процедур, которые являются необходимыми по медицинским показаниям и которые мне порекомендовали врачи или другие медицинские работники системы здравоохранения Advocate Aurora Health. Я понимаю, что поставщики медицинских услуг, проходящие обучение, могут участвовать в моем лечении под наблюдением соответствующего персонала.

Разглашение информации

Настоящим я разрешаю Advocate Aurora Health разглашать любую медицинскую информацию, которая необходима для обработки страховых исков (включая информацию, касающуюся лечения наркомании, алкоголизма или психических заболеваний).

Разрешение на оплату услуг

Я также разрешаю выплату любых страховых льгот непосредственно системе здравоохранения Advocate Aurora Health за услуги, оказанные мне или моему иждивенцу. Это разрешение распространяется на любые страховые льготы, действовавшие на момент оказания услуг.

Оплата услуг

Настоящим я соглашаюсь оплачивать остаток выставленных мне счетов в полном объеме в соответствии с Политикой кредитования и оплаты счетов за оказанные медицинские услуги Advocate Aurora Health, которая может включать умеренную плату за услуги адвоката. Причитающийся к оплате остаток по счетам включает положения, установленные моей страховой компанией, такие как доплаты, франшиза и обычные скидки. Advocate Aurora Health оставляет за собой право изменять расценки и правила без предварительного уведомления.

Услуги независимого поставщика

Я признаю и полностью понимаю, что только те врачи / поставщики медицинских услуг, которые имеют подтверждение трудоустройства в системе здравоохранения Advocate Aurora Health, являются ее официальными представителями. Врачи / поставщики медицинских услуг, не состоящие в ее штате, являются независимыми лицами, которым разрешено использовать учреждения Advocate Aurora для оказания медицинской помощи и лечения. Эти независимые врачи / поставщики медицинских услуг опираются на свой опыт и квалификацию в области медицины при лечении или предоставлении мне других профессиональных услуг. Я понимаю, что мне следует задавать своему врачу любые вопросы о его статусе трудоустройства. Мое решение обратиться за медицинской помощью не основано на договоренности, формальном описании, рекламе, кампании в средствах массовой информации, умозаключениях, предположениях или надеждах на то, что лечащие меня врачи / поставщики медицинских услуг являются сотрудниками или официальными представителями системы здравоохранения Advocate Aurora Health.

Уведомление о соблюдении конфиденциальности

Я признаю, что Advocate Aurora Health предоставила мне копию Уведомления о соблюдении конфиденциальности. Я понимаю, что в документе описываются методы соблюдения конфиденциальности системой здравоохранения Advocate Aurora в вопросах использования и / или разглашения информации о здоровье пациентов.

Своей подписью ниже я признаю, что я ознакомился/ознакомилась с условиями, изложенными в этой форме согласия, понимаю и даю согласие соблюдать их, в том числе конкретные положения, касающиеся услуг, предоставляемых независимыми врачами. У меня была возможность задавать вопросы, и на все свои вопросы я получил(-а) удовлетворительные ответы.

Date Дата	Time Время	Patient Signature Подпись пациента	
Date Дата	Time Время	Legal Representative Законный представитель	Relationship to Patient Кем приходится пациенту

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

Date	Time	Interpreter Name	ID#