AdvocateAuroraHealth

Burmese

Patient Label Box

ဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်း ထုတ်ဖော်ခြင်းနှင့် သဘောတူညီချက်

Advocate Aurora Health (AAH) သည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုအကောင့်တစ်ခုစီတွင် အာမခံပေးသူ တစ်ဦးလိုအပ်သည်။ အာမခံပေးသူသည် လူနာလက်ခံသည့်ဝန်ဆောင်မှုများဖြစ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် မဟုတ်နိုင်သော်လည်း လက်ခံရရှိသည့်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် မည်သည့်အခကြေးငွေ/လက်ကျန်ငွေများကိုမဆို ငွေပေးချေမှုအတွက် ငွေကြေးအရ တာဝန်ရှိသောသူတစ်ဦးဖြစ်သည်။

AAH သည် ကုန်းလိုင်းဖုန်း၊ ဆယ်လူလာဖုန်း၊ စာတိုပေးပို့ခြင်း၊ အီးမေးလ်၊ ဖက်စ်စာတိုပေးပို့ခြင်း နှင့် ယူအက်စ်မေးလ် တို့အပါအဝင် အာမခံပေးသူမှ ပေးဆောင်သော အချက်အလက်များကို အသုံးပြု၍ ၎င်း၏လူနာလူဦးရေနှင့် နည်းလမ်းအမျိုးမျိုးဖြင့် ဆက်သွယ်သည်။

အောက်မှာ လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့်

1. တယ်လီဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများ၊ စာသားမက်ဆေ့ချ်များနှင့် AAH ထံမှ အလိုအလျောက်ခေါ်ဆိုမှုများနှင့် ကြိုတင်မှတ်တမ်းတင်ထားသော မက်ဆေ့ချ်များအပါအဝင် အခြားဆက်သွယ်မှုများကို လက်ခံရယူရန် သဘောတူပြီး သဘောတူလက်ခံရန် သဘောတူသည်။ ဤဆက်သွယ်မှုများသည် AAH တွင်ရရှိသောဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ပတ်သက်သည့် သင်၏ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာတာဝန်ဝတ္တရားများနှင့်ပတ်သက်နေနိုင်သည်။ ဤခွင့်ပြုချက်သည် လက်ရှိနှင့် အနာဂတ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုအားလုံးနှင့် သက်ဆိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် အာမခံပေးသော အကောင့်များ။

2. သင်၏ကြိုးမဲ့ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမှ ထိုကဲ့သို့သောခေါ်ဆိုမှုများ၊ မက်ဆေ့ချ်များ သို့မဟုတ် အခြားဆက်သွယ်မှုများအတွက် အခကြေးငွေကောက်ခံနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါ။

3. ဤခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းရန် ရွေးချယ်ပါက AAH အား အကြောင်းကြားရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏တာဝန်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ AAH အဆောက်အဦတစ်ခုခုကို ဆက်သွယ်ခြင်းဖြင့် ဤသဘောတူညီချက်ကို ကျွန်ုပ်သည် အချိန်မရွေး ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

ဤအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ မည်သို့ထုတ်ဖော်နိုင်သည်ကို နားလည်ရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအလေ့အကျင့်များသတိပေးချက်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ကြည့်ပါ။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်ကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ပြီး၊ အပြည့်အဝနားလည်သဘောတူပါသည်။

နေ့ရက်- _____ အချိန်- _____ လက်မှတ်- _____

(Date) *(Time)* *(Signature)*

အာမခံသူအမည် (ကျေးဇူးပြု၍ ပုံနှိပ်ပါ)- _____

(Guarantor Name (please print))

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #:_____