



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

Formularz zgody na opiekę medyczną

1. **W celu leczenia:** Działając w imieniu własnym (w imieniu pacjenta wymienionego poniżej) a także, jeśli dotyczy, każdego urodzonego przeze mnie dziecka, wyrażam niniejszym zgodę na przeprowadzenie procedur diagnostycznych i zabiegów medycznych, które okażą się konieczne i właściwe ze względu na mój stan lub chorobę. Mogą one obejmować testy na obecność wirusa HIV, chyba że wyraźnie zrezygnuję z testów na HIV, informując lekarza prowadzącego, że nie zgadzam się na takie testy. Decyzje o tym, jakie procedury diagnostyczne i zabiegi medyczne należy przeprowadzić, będą podejmowane przez mojego lekarza (lekarzy) lub inny właściwy personel medyczny według potrzeb i wskazań w okresie leczenia i wykonywane w Szpitalu lub w ramach konsultacji telemedycznych. Rozumiem, że pod nadzorem odpowiedniego personelu w moim leczeniu mogą uczestniczyć dopiero szkolący się lekarze.

Ponadto rozumiem, że – szczególnie w sytuacjach nagłych – leczenie może zostać rozpoczęte, zanim będę w stanie zapoznać się z treścią i podpisać niniejszy formularz. Przyjmuję do wiadomości i rozumiem wszystkie warunki zawarte w tym formularzu, w tym m.in. punkt 15 dotyczący usług niezależnego lekarza lub personelu medycznego, które obowiązują w pełni przez cały czas świadczonej opieki i leczenia pacjenta w Szpitalu. Składając podpis poniżej, zgadzam się zaakceptować warunki określone w niniejszym formularzu, m.in. w punkcie 15, z mocą wsteczną, nawet gdyby moje założenia lub zrozumienie statusu zatrudnienia jakiegokolwiek lekarza przed zapoznaniem się z treścią i podpisaniem tego formularza były sprzeczne.

2. **Koordinacja opieki medycznej:** Przyjmuję do wiadomości, że Advocate Health Care i Aurora Health Care stanowią teraz zintegrowany system opieki medycznej Advocate Health, składający się z wielu prawnie niezależnych szpitali, zespołów medycznych i innych jednostek świadczących usługi medyczne, współpracujących ze sobą w celu zapewnienia skutecznej koordynacji opieki nad pacjentem. Przyjmuję do wiadomości, że Advocate Health będzie przechowywać moje dane dotyczące zdrowia w postaci elektronicznej dokumentacji medycznej, a moje dokumenty medyczne, w tym między innymi rozpoznanie choroby, plan leczenia, informacje o receptach, terminy wizyt, wyniki badań laboratoryjnych i innych badań diagnostycznych (w tym informacje związane z HIV, dane genetyczne i dokumentacja dotycząca zdrowia behawioralnego), będą dostępne do wglądu dla osób będących członkami interdyscyplinarnego zespołu opieki medycznej z różnych jednostek całego systemu Advocate Health.
3. **Fotografie:** Przyjmuję do wiadomości, że lekarze mogą potrzebować moich fotografii, nagrań wideo i/lub audio w celu udokumentowania mojego stanu zdrowia, ułatwienia diagnozy i/lub leczenia oraz/lub zaplanowania szczegółów operacji. Zdaję sobie sprawę, że moi świadczeniodawcy lub Szpital zachowają prawa własności do tych zdjęć, filmów i/lub nagrań dźwiękowych. Rozumiem również, że wykonane obrazy mogą być wykorzystywane do dalszej edukacji, pod warunkiem że nie zostaną ujawnione dane identyfikujące pacjenta.
4. **Wybór lekarza domowego:** Rozumiem, że mam swobodę wyboru i prawo wskazania lekarza domowego do opieki medycznej, której mogę potrzebować. W celu zapewnienia ciągłości opieki Szpital będzie korzystał z Advocate at Home, chyba że mój dostawca ubezpieczenia lub ja wybierzemy innego świadczeniodawcę. Listę lekarzy domowych otrzymam przy przyjęciu/rejestracji. Na żądanie osoba planująca wypisy może dostarczyć kolejny egzemplarz tej listy. Jeśli wybieram usługi innego świadczeniodawcy, moje preferencje zostaną uwzględnione.
5. **Recepty zewnętrzne:** Zezwalam na dostęp do historii moich recept zewnętrznych, aby usprawnić otrzymywaną opiekę medyczną. Informacje te będą dostępne tylko wtedy, gdy moje recepty zostały zrealizowane w aptece uczestniczącej w programie. W związku z tym moim obowiązkiem jest zapewnienie dokładnej historii dotyczącej stosowanych leków.
6. **Wybór języka:** 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 mojej hospitalizacji.
7. **Przekazywanie informacji medycznych w celu otrzymania płatności:** Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich istotnych informacji zawartych w mojej dokumentacji medycznej, w tym informacji dotyczących HIV, danych genetycznych i dokumentacji zdrowia behawioralnego stronom trzecim będącym płatnikami odpowiedzialnymi za regulowanie zobowiązań płatniczych pacjenta, w tym między innymi towarzystwom ubezpieczeniowym, programom świadczeń zdrowotnych, pracownikom zajmującym się akceptacją roszczeń ubezpieczeniowych, agencjom państwowym lub pośrednikom reprezentującym każdy z wymienionych wyżej podmiotów.



8. **Komunikacja drogą elektroniczną:** Upoważniam Advocate Health oraz jej przedstawicieli (w tym agentów będących stronami trzecimi) do kontaktu telefonicznego z użyciem wcześniej nagranych wiadomości i/lub systemów połączeń automatycznych pod dowolnym numerem telefonu powiązanych ze mną lub moimi przedstawicielami we wszelkich sprawach związanych z moim leczeniem, płatnościami, kontem, czynnościami badawczymi oraz w celu informowania mnie o produktach lub usługach, które mogą mnie interesować. Aby zrezygnować z otrzymywania dalszych połączeń lub wiadomości, muszę postępować zgodnie ze szczegółowymi instrukcjami przekazanymi przez Advocate Health. Rozumiem, że nie muszę wyrażać zgody na połączenia telefoniczne i wiadomości, aby mieć zapewnione leczenie lub inne usługi świadczone przez Advocate Health. Podając adres e-mail i numer telefonu komórkowego, wyrażam zgodę na przesyłanie przez Advocate Health (w tym jej niezależnych wykonawców) informacji, przypomnień i wiadomości z wykorzystaniem tych środków komunikacji w celach określonych powyżej.
9. **Cesja świadczeń:** Mając na względzie usługi świadczone przez Szpital, niniejszym przenoszę prawa i upoważniam do bezpośrednich wypłat Szpitalowi i zajmującym się mną lekarzom wszelkich świadczeń z tytułu ubezpieczenia, programu opieki zdrowotnej lub świadczeń płatnika strony trzeciej, które w przeciwnym razie musiałyby być regulowane przeze mnie lub w moim imieniu, za pobyt w szpitalu, intensywną opiekę medyczną i usługi ambulatoryjne.
10. **Płatności Medicare i cesja świadczeń (jeśli dotyczy):** Proszę, aby płatności świadczeń Medicare, do których mam prawo, były wypłacane w moim imieniu za usługi Szpitala i usługi lekarzy świadczone mi w Szpitalu, jak również ceduję takie świadczenia z polisy ubezpieczeniowej na Szpital i opiekujących się mną lekarzy. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie przy składaniu wniosku o takie świadczenia są poprawne i że wypełniłem(-am) kwestionariusz związany z planem Medicare. Upoważniam wszystkich posiadaczy informacji medycznych lub innych na mój temat do przekazywania ośrodkom i służbom Medicare oraz Medicaid, a także ich agentom wszelkich informacji potrzebnych do wypłacania takich świadczeń. Upoważniam Administrację Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration) do przekazania szpitalowi i lekarzom zapewniającym mi usługi medyczne informacji o moim uprawnieniu do świadczeń.
11. **Przedmioty osobiste:** Przejmuję pełną odpowiedzialność za przedmioty będące osobistą własnością, w tym między innymi okulary, aparaty słuchowe, protezy dentystyczne, biżuterię, pieniądze i wszystkie inne wartościowe przedmioty. Rozumiem, że kosztowności mogą być przechowywane na moją prośbę w szpitalnym sejfie, i niniejszym zwalnię Szpital z odpowiedzialności za kosztowności oraz rzeczy osobiste, które nie są tam zdeponowane, w tym z odpowiedzialności za uszkodzenie własności prywatnej lub zagubione przedmioty.
12. **Pomoc finansowa:** Mając na względzie usługi świadczone przez Szpital, jako pacjent lub przedstawiciel prawny pacjenta wyrażam zgodę na ponoszenie opłat na rzecz Szpitala za wszystkie usługi i zasoby dostarczane pacjentowi za ustalone kwoty, z uwzględnieniem wszystkich dopłat, współpłatności lub opłat niepokrywanych przez płatników będących stronami trzecimi. **Rozumiem, że rachunek szpitalny nie obejmuje usług niezależnych lekarzy / personelu medycznego i że pacjent otrzyma oddzielne rachunki od tych świadczeniodawców za świadczone przez nich usługi.** Zdaję sobie sprawę, że niektórzy lekarze mogą nie uczestniczyć w planie opieki zdrowotnej lub programie płatności, które opłacają opiekę nade mną, zatem mogę podlegać dodatkowym opłatom. Pacjent przyjmuje odpowiedzialność za wszelkie koszty, w tym koszty obsługi prawnej, poniesione przy egzekwowaniu tych należności. Rozumiem, że jeśli nie wyrażam zgody na ujawnienie danych z dokumentacji medycznej lub później odwołuję taką zgodę, to – jako pacjent – jestem 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 – jako pacjent – mam trudności z wypełnianiem swoich obowiązków w zakresie płatności wobec szpitala, informacje na temat pomocy finansowej, w tym rozsądnych planów płatności i pomocy finansowej, są dostępne na żądanie w ramach usług doradztwa finansowego Szpitala. Rozumiem, że pytania dotyczące poziomów zakresu ubezpieczenia lub świadczeń powinny być kierowane do planu opieki zdrowotnej pacjenta i sprawdzane w umowie ubezpieczenia zdrowotnego zawartej z pacjentem. Ponadto zaproponowano mi egzemplarz napisanego prostym językiem podsumowania dotyczącego pomocy finansowej, w którym opisano politykę i stosowanie pomocy finansowej.
13. **Wyznaczenie i ujawnienie do celów ubezpieczenia:** Wyznaczam Advocate Health i jej personel zajmujący się doradztwem finansowym lub pomocą w zakresie ubezpieczenia („Przedstawiciel”) jako agenta i przedstawiciela mnie i pacjenta w celu wykonywania, według własnego uznania, wszelkich praw i obowiązków, które ja lub pacjent możemy mieć lub nabyć w przyszłości w związku z dążeniem, kwestionowaniem, otrzymywaniem, zapisywaniem



się, wyrejestrowywaniem, wnioskowaniem o kontynuację lub odwoływaniem się w odniesieniu do świadczeń albo ubezpieczenia zdrowotnego, które są finansowane z funduszy lokalnych, stanowych lub federalnych, w tym programów objętych ustawą o ubezpieczeniach społecznych (Social Security Act), między innymi zrzeczeń Medicaid i Medicaid („Pomoc”). Przedstawiciel jest również upoważniony do uzyskiwania dostępu i wglądu oraz otrzymuje kopie wszelkiej dokumentacji, informacji lub powiadomień, do których ja lub pacjent możemy być uprawnieni, w tym między innymi informacji finansowych, podatkowych, pracowniczych, ubezpieczeniowych, zdrowotnych i innych, które mogą odnosić się do Pomocy, a także zawiadomień o odmowie, zawiadomień o zatwierdzeniu, wniosków o udzielenie informacji, ustalenia niekorzystnych świadczeń oraz zawiadomienia o uchwale. Upoważniam Przedstawiciela, według jego/jej uznania i na własny koszt, do zaangażowania przedstawiciela prawnego, który będzie miał takie same uprawnienia jak Przedstawiciel. Jeżeli Przedstawiciel podjął już działania związane z tym upoważnieniem i ujawnieniem, zapoznałem(-am) się z tymi działaniami i je zatwierdzam. Niniejsze wyznaczenie i upoważnienie do celów ubezpieczenia pozostaje w mocy do momentu odwołania przeze mnie lub pacjenta na piśmie dostarczonym Przedstawicielowi i nie wpływa na nie śmierć ani niepełnosprawność moja lub pacjenta.

14. **Obowiązek i gwarancja zapłaty:** Zgadzam się pokryć wszystkie opłaty na rzecz Advocate Health z tytułu usług otrzymanych przez pacjenta. Niniejsze zobowiązanie umowne i gwarancja wymagają pełnej zapłaty za wszystkie świadczone usługi, w tym wniesienia wszelkich opłat naliczanych przez Advocate Health, jakie ponosi pacjent zgodnie ze standardowymi stawkami i warunkami Advocate Health określonymi w aktualnym wykazie usług, produktów i procedur szpitalnych, który Advocate Health musi prowadzić zgodnie z 42 U.S.C. § 300gg-18(e). W celu wyjaśnienia zobowiązanie umowne i gwarancja wymagają uregulowania wszystkich opłat, których nie pokrywa ubezpieczenie, niezależnie od powodu, dla którego nastąpiła odmowa ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli nie ureguluję tych opłat, a Advocate Health lub dowolna inna osoba lub podmiot, którym zalegam z płatnością, skorzystają z usług prawnika w celu odzyskania wierzytelności, oprócz nieuregulowanych należności zgadzam się pokryć także zasadne koszty obsługi prawnej. Wyrażam zgodę i upoważniam firmę Advocate Health i niezatrudnionych w niej lekarzy/specjalistów do kontaktowania się z wybranymi przez siebie zewnętrznymi źródłami danych, w tym z agencjami sporządzającymi sprawozdania kredytowe, w celu oceny mojej zdolności kredytowej, kwalifikowalności do pomocy finansowej oraz możliwości odzyskania ode mnie wszelkich należnych kwot, zarówno w tym czasie, jak i podczas kolejnych wizyt. Rozumiem i akceptuję, że firma Advocate Health może dokonywać cesji kont, jeśli uzna to za konieczne w celu ściągnięcia wszelkich należnych kwot, w tym na rzecz firm windykacyjnych i prawników.

15. **Informacja prawna dotycząca usług niezależnych lekarzy / personelu medycznego:** Akceptuję i w pełni rozumiem poniższe informacje: Lekarze i inny personel medyczny świadczący usługi medyczne na moją rzecz w Szpitalu **NIE SĄ PRACOWNIKAMI ANI PRZEDSTAWICIELAMI SZPITALA, ANI ADVOCATE HEALTH, SĄ NATOMIAST NIEZALEŻNYMI WYKONAWCAMI LUB NIEZALEŻNYM PERSONELEM MEDYCZNYM.** Do niezależnych wykonawców / personelu medycznego zalicza się między innymi lekarzy i inne osoby świadczące usługi medyczne, np. asystentów lekarza, licencjonowane pielęgniarki anestezjologiczne, samodzielnie praktykujące pielęgniarki oraz pielęgniarki. Pracownikami lub przedstawicielami szpitala są tylko ci lekarze / personel medyczny, którzy wyraźnie i jasno potwierdzili swoje zatrudnienie w szpitalu. Niezależni lekarze / personel medyczny są zobligowani do noszenia identyfikatorów Advocate Health lub identyfikatorów z imieniem i nazwiskiem oraz nazwą szpitala/placówki Advocate. Identyfikatory nie służą do identyfikacji statusu zatrudnienia żadnego lekarza / personelu medycznego. Są używane wyłącznie w celach bezpieczeństwa. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące statusu zatrudnienia mojego lekarza / personelu medycznego powinienem / powinnam zadać właśnie jemu.

Lekarze / personel medyczny niezatrudnieni w Szpitalu mogą świadczyć w nim opiekę medyczną i leczyć swoich pacjentów. **Do niezatrudnionych lekarzy / personelu medycznego zalicza się moich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, moich lekarzy prowadzących, asystentów lekarzy, licencjonowane pielęgniarki anestezjologiczne, samodzielnie praktykujące pielęgniarki, pielęgniarki, lekarzy medycyny ratunkowej, traumatologów, kardiologów, położne, chirurgów, radiologów, anestezjologów, patologów i innych specjalizacji, których tu nie wymieniono.** Szpital i Advocate Health nie weryfikują decyzji medycznych podejmowanych przez niezależnych lekarzy / personel medyczny. Kierują się oni własnym osądem medycznym w trakcie leczenia mnie lub zapewniania innych usług specjalistycznych i ponoszą wyłączną odpowiedzialność prawną za zapewnioną opiekę i leczenie. Szpital i Advocate Health nie ponoszą odpowiedzialności prawnej z tytułu opieki i leczenia zapewnianych przez niezależnych lekarzy / personel medyczny. Otrzymam oddzielny rachunek i będę wyłącznie odpowiedzialny(-a) za uregulowanie rachunku od każdego z tych niezależnych lekarzy / personelu medycznego za zapewnioną przez nich opiekę i leczenie.





Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

Moja decyzja dotycząca skorzystania z opieki medycznej w szpitalu lub Advocate Health NIE opiera się na jakichkolwiek porozumieniu, oświadczeniu, reklamie, kampanii medialnej, konkluzjach, przypuszczeniach lub ufności, że lekarze / personel medyczny świadczący mi opiekę i leczenie są pracownikami lub przedstawicielami Szpitala lub Advocate Health Care, ponieważ, jak opisano powyżej, nimi nie są, chyba że wyraźnie poinformowali mnie inaczej.

Parafka pacjenta/przedstawiciela (*Patient/Representative Initials*): _____

16. **Powiadomienie o praktykach ochrony prywatności i prawach pacjenta:** Potwierdzam, że Szpital przekazał mi egzemplarz swojego Oświadczenia o praktykach w zakresie ochrony prywatności oraz Praw pacjenta. Rozumiem, że w tym oświadczeniu opisano obowiązujące w Szpitalu praktyki dotyczące zachowania prywatności w zakresie wykorzystywania i/lub ujawniania informacji zdrowotnych, zasady płatności dotyczące opłat za usługi szpitalne, windykację, programy pomocy charytatywnej i pomocy w płatnościach oraz inne prawa pacjenta. Nie muszę podejmować decyzji o zachowaniu tych broszur.

Podpisując się poniżej, potwierdzam, że przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że Szpital korzysta z usług niezależnych wykonawców lub personelu medycznego w celu świadczenia różnych usług opisanych powyżej. Potwierdzam ponadto, że przeczytałem(-am) niniejszy formularz zgody, w tym konkretny fragment związany z usługami niezależnych lekarzy / personelu medycznego, i że miałem(-am) możliwość zadawania pytań oraz że na wszelkie pytania udzielono mi zadowalających odpowiedzi. Akceptuję także, że mój podpis na platformie elektronicznej może wyglądać inaczej niż mój rzeczywisty podpis, ale potwierdzam, że jest on ważny, wiążący i wykonalny.

_____ Data (Date)	_____ Godzina (Time)	_____ Podpis pacjenta (Signature of Patient)	
_____ Data (Date)	_____ Godzina (Time)	_____ Podpis prawnie upoważnionego przedstawiciela (Signature of Legally Authorized Agent)	_____ Rodzaj relacji z pacjentem (Relationship to Patient)

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

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

