

Согласие на медицинское обслуживание

1. **Лечение.** Я, от своего имени (или от имени указанного ниже пациента), а также, при необходимости, от имени рожденного мною ребенка, настоящим даю согласие на проведение диагностических процедур и оказание медицинской помощи, необходимых при моем состоянии или заболевании и соответствующих им. Это может включать тестирование на ВИЧ, за исключением случая, если я специально откажусь от такого тестирования, уведомив об этом лечащего врача. Определять необходимость или целесообразность проведения диагностических процедур и лечения должен будет мой врач (врачи) либо другие медицинские работники по мере необходимости или целесообразности во время лечения. Лечение и процедуры должны проводиться в Больнице либо с помощью телемедицины. Я понимаю, что медицинские работники, проходящие обучение, могут принимать участие в моем лечении под наблюдением соответствующего персонала.

Я также понимаю, что, особенно в экстренных ситуациях, лечение может быть начато до того, как у меня появилась возможность ознакомиться с данным документом и подписать его. Я подтверждаю, что ознакомлен (а) со всеми положениями настоящего документа, включая, но не ограничиваясь, пунктом 15, касающимся услуг независимых врачей/специалистов, понимаю их и осознаю, что они сохраняют свою силу на протяжении всего периода лечения пациента в Больнице. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю свое согласие с изложенными в нем условиями, в том числе, пунктом 15, задним числом, даже если у меня были иные предположения или понимание относительно трудового статуса какого-либо медицинского работника до ознакомления и подписания данного документа.

2. **Координация оказания медицинской помощи.** Я понимаю, что организации Advocate Health Care и Aurora Health Care теперь являются частью Advocate Health — клинически интегрированной системы здравоохранения, которая включает в себя несколько юридически независимых больниц, медицинских групп и других учреждений, оказывающих медицинские услуги. Все эти организации работают совместно для обеспечения эффективной координации лечения пациентов. Я понимаю, что Advocate Health будет хранить мою медицинскую информацию в формате электронной медицинской карты и что моя медицинская документация, включая, среди прочего, диагнозы, планы лечения, информацию о назначенных лекарствах, график приемов, лабораторные и другие диагностические результаты (включая данные, касающиеся ВИЧ, генетическую информацию и сведения о психическом здоровье), будет доступна для просмотра членам моей междисциплинарной команды специалистов по всей системе Advocate Health.
3. **Использование фотоматериалов.** Я понимаю, что поставщики медицинских услуг могут делать фотографии, видео- и/или аудиозаписи с целью документирования медицинского состояния, содействия диагностике и/или лечению заболевания, а также для планирования деталей хирургического вмешательства. Я понимаю, что поставщики медицинских услуг или Больница сохраняют права собственности на такие фотографии, видео- и/или аудиозаписи. Я также понимаю, что эти материалы могут быть использованы для повышения квалификации других медицинских работников при условии сохранения в тайне идентификационных данных пациента.
4. **Выбор варианта медицинского обслуживания на дому.** Я понимаю, что мне предоставлена свобода выбора варианта обслуживания и соответственно — право выбрать поставщика услуг по уходу на дому для предоставления необходимого мне ухода. Больница, как правило, использует организацию Advocate at Home для обеспечения преемственности лечения, если иное не предусмотрено моим страховым планом или если я не выберу другого поставщика. Перечень поставщиков услуг по медицинскому обслуживанию на дому будет предоставлен мне при приеме/регистрации. По моему запросу сотрудник, занимающийся выпиской пациентов, может предоставить мне дополнительную копию этого перечня. Если я предпочту другого поставщика услуг, мои предпочтения будут приняты во внимание.
5. **Рецепты, выписанные третьими лицами.** Я даю разрешение на получение доступа к истории рецептов, выписанных в других медицинских учреждениях, для облегчения моего ухода. Эта информация будет доступна только в том случае, если мои рецепты на назначенные препараты обслуживались аптекой, участвующей в системе. Таким образом, я несу ответственность за предоставление точной истории назначений медицинских препаратов.
6. **Выбор языка.** Мне была предоставлена информация об услугах письменного и устного перевода. Я понимаю, что эти услуги предоставляются бесплатно и что я могу запросить их в любое время при приеме в медицинское учреждение.
7. **Предоставление медицинской информации для оплаты.** Настоящим я даю согласие на выдачу всей необходимой информации, которая содержится в моей медицинской карте, включая информацию об инфицировании ВИЧ и о психическом здоровье, а также генетическую информацию, третьим сторонам, которые несут ответственность за оплату расходов пациента. В их число входят, помимо прочего, страховые компании, планы медицинского страхования, работодатели, которые согласовывают заявки на получение льгот, государственные учреждения или посредники — представители любой из вышеперечисленных групп.



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

8. **Электронные коммуникации.** Я даю разрешение организации Advocate Health и ее представителям (включая сторонних агентов) связываться со мной по телефону с использованием записанных сообщений и/или автоматических систем дозвона по любому номеру телефона, связанному со мной или с моими законными представителями, по вопросам, касающимся моего лечения, оплаты за него, банковских счетов, исследовательской деятельности, а также с целью информирования о продуктах или услугах, которые могут представлять для меня интерес. Я могу отказаться от получения дальнейших звонков или сообщений только в том случае, если выполню инструкции, специально предоставленные Advocate Health. Я понимаю, что не обязан (-а) соглашаться на получение звонков и сообщений для того, чтобы получить лечение или иные услуги от Advocate Health. Предоставляя адрес электронной почты и номер мобильного телефона, я даю разрешение Advocate Health (включая его независимых подрядчиков) направлять мне информацию, напоминания и сообщения с использованием этих каналов связи по вышеуказанным причинам.
9. **Назначение льгот.** Настоящим я даю разрешение напрямую оплачивать лечащим врачам и Больнице счета за услуги, предоставленные в Больнице. Для этого могут использоваться средства любых страховок, медицинских планов или платежей третьих лиц, которые в противном случае подлежат выплате мне или от моего имени за эту госпитализацию, уход в отделении неотложной помощи или амбулаторные услуги.
10. **Оплата по программе Medicare и назначение льгот (если применимо).** Я прошу, чтобы от моего имени были оплачены разрешенные льготы Medicare за услуги Больницы и врачей, которые предоставляются мне в Больнице, и назначаю такие льготы Больнице и врачам, которые их предоставляют. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной при подаче заявки на эти выплаты, верна, и что я заполнил (-а) анкету Medicare. Я разрешаю всем лицам, которые владеют медицинской или иной информацией обо мне, предоставлять ее в любых объемах Центрам Medicare и Medicaid Services (Centers for Medicare and Medicaid Services) и их официальным представителям для выплаты этих льгот. Я разрешаю Управлению социального обеспечения раскрывать информацию о моем праве на выплаты медицинским учреждениям и врачам, оказывающим мне услуги.
11. **Личные вещи.** Я несу полную ответственность за все личные вещи, включая, помимо прочего, разные предметы материальной ценности (очки, слуховые аппараты, зубные протезы, ювелирные изделия, денежные средства). Я понимаю, что могу передать ценные вещи на хранение Больнице и настоящим освобождаю Больницу от ответственности за те ценности и предметы личного имущества, которые не были переданы на хранение, включая случаи утраты или повреждения таких предметов.
12. **Финансовая помощь.** В обмен на услуги, которые пациент или законный представитель пациента получит в Больнице, пациент соглашается произвести оплату за все услуги, использование оборудования и расходных материалов, предоставленных пациенту, по установленным тарифам, включая любую франшизу, доплату или расходы, которые не покрываются третьей стороной. **Я понимаю, что счет на оплату услуг Больницы не включает услуги независимых врачей и медицинских работников, и пациент будет получать от независимых врачей и медицинских работников отдельные счета за оказанные ими услуги.** Я понимаю, что некоторые врачи могут не участвовать в плане или программе медицинского страхования, за счет которых оплачивается мое лечение, поэтому с меня могут взиматься дополнительные платежи. Пациент несет ответственность за все расходы, включая гонорары адвокатов, понесенные в связи с взысканием вышеуказанных платежей. Я понимаю, что в случае моего отказа в предоставлении согласия на раскрытие записей или дальнейшего отзыва такого согласия пациент несет полную ответственность за оплату всех диагностических процедур и полученного лечения. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной в целях оплаты лечения в Больнице, насколько мне известно, является полной и точной. Я понимаю, что если пациент испытывает трудности с выполнением своих платежных обязательств перед Больницей, ему по запросу будет предоставлена информация о финансовой помощи, включая необходимые планы выплат и финансовой помощи, в рамках услуг консультирования по финансовым вопросам, предоставляемых Больницей. Я понимаю, что вопросы о страховом покрытии или выплатах следует направлять представителям плана медицинского обслуживания пациента и руководствоваться сведениями, указанными в сертификате страхового покрытия пациента. Кроме того, мне была предоставлена копия краткого описания программы финансовой помощи, в которой изложены политика предоставления финансовой помощи и порядок подачи заявок на ее получение.
13. **Назначение представителя и освобождение от ответственности для целей страхового покрытия.** Я назначаю организацию Advocate Health и ее сотрудников, занимающихся финансовым консультированием или оказанием помощи в вопросах страхового покрытия (далее — «Представитель»), своим представителем и представителем пациента с полномочиями по собственному усмотрению осуществлять любые права и обязанности, которые я или пациент имеем или в дальнейшем можем получить в связи с подачей заявлений, оспариванием, получением, оформлением,



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

прекращением, продлением или обжалованием медицинских льгот или программ страхового покрытия, финансируемых из местных, государственных или федеральных источников, включая программы, предусмотренные Законом о социальном обеспечении (Social Security Act), такие как Medicaid и программы с отказом от стандартных условий Medicaid (далее — «Программы помощи»). Представителю также предоставляется полномочие на доступ к любой документации, информации и уведомлениям, на которые я или пациент имеем право, и на получение их копий. Это включает, помимо прочего, финансовую, налоговую, трудовую, страховую, медицинскую и другую информацию, имеющую отношение к Программам помощи, а также уведомления об отказе, одобрении, запросах информации, отрицательных решениях о льготах и уведомлениях о результатах рассмотрения. Я даю Представителю полномочия по собственному усмотрению и за собственный счет привлекать юридических представителей, которые будут наделены теми же полномочиями, что и сам Представитель. Если Представитель уже совершил какие-либо действия, соответствующие данному полномочию и освобождению, я подтверждаю, что ознакомлен (-а) с этими действиями и одобряю их. Это назначение и предоставление полномочий остаются в силе до тех пор, пока не будут отозваны мной или пациентом в письменной форме, переданной Представителю, и не прекращаются в случае смерти либо утраты дееспособности мной или пациентом.

14. **Обязательство по оплате и гарантия.** Я соглашаюсь оплатить все счета Advocate Health за услуги, полученные пациентом. Это договорное обязательство и гарантия предусматривают полную оплату всех предоставленных услуг, включая, помимо прочего, все расходы, которые пациент понесет в соответствии с действующими тарифами и условиями Advocate Health, установленными в прейскуранте, действующем на момент оказания лечения, который организация Advocate Health обязана вести в соответствии с параграфом 300gg-18(e) раздела 42 Свода законов США (United States Code, U.S.C.). Для ясности: данное договорное обязательство и гарантия требуют оплаты всех расходов, не покрываемых страховкой, независимо от причин отказа в страховом покрытии. Если я не произведу оплату таких расходов и Advocate Health или любое другое лицо либо организация, перед которыми у меня будет задолженность, привлекут юриста для ее взыскания, я соглашаюсь оплатить разумные расходы на услуги адвоката сверх непогашенной суммы. Я даю согласие и разрешаю Advocate Health и независимым врачам / медицинским работникам связываться с выбранными ими внешними организациями, включая кредитные бюро, для оценки моей кредитоспособности, права на финансовую помощь и возможности взыскания задолженности как в настоящее время, так и при последующих обращениях. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что Advocate Health может передавать задолженности третьим лицам, включая коллекторские агентства и адвокатские конторы, для целей взыскания сумм, которые мне нужно оплатить.
15. **Юридическое уведомление о независимых врачах/специалистах.** Я признаю и полностью понимаю указанное далее. Врачи и другие медицинские работники (или «специалисты»), которые оказывают мне медицинские услуги в данной Больнице, являются **НЕ СОТРУДНИКАМИ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ БОЛЬНИЦЫ ЛИБО ОРГАНИЗАЦИИ ADVOCATE HEALTH, а независимыми подрядчиками или специалистами.** К независимым подрядчикам / медицинским работникам относятся, среди прочих, врачи, ассистенты врачей, медсестры, сертифицированные анестезисты-медсестры, практикующие медсестры и младшие медицинские работники. Только те врачи/специалисты, которые явно и однозначно идентифицируют себя как сотрудники больницы, считаются сотрудниками или представителями больницы. Независимые врачи / медицинские работники обязаны носить бейджи безопасности с надписью Advocate Health и/или с указанием конкретного названия больницы/учреждения Advocate. Эти бейджи не используются для определения статуса занятости врача / медицинского работника и служат исключительно в целях безопасности. Я понимаю, что должен (-на) задавать врачу / медицинскому работнику любые вопросы, касающиеся его статуса занятости.

Врачи / медицинские работники, не являющиеся сотрудниками Больницы, имеют право использовать ее помещения для оказания медицинской помощи своим пациентам. **К таким независимым врачам / медицинским работникам относятся, помимо прочего, мои врачи первичной помощи, врачи, ведущие мое лечение, ассистенты врачей, сертифицированные анестезисты-медсестры, практикующие медсестры, младшие медицинские работники, а также специалисты по неотложной медицине, травматологии, кардиологии, акушерству, хирургии, радиологии, анестезиологии, патологии и другие, не перечисленные здесь.** Больница и Advocate Health не контролируют медицинские решения, принимаемые этими независимыми врачами / медицинскими работниками. Эти независимые врачи / медицинские работники принимают собственные медицинские решения при лечении меня и несут полную юридическую ответственность за оказанную помощь и лечение. Больница и Advocate Health не несут юридической ответственности за помощь и лечение, оказанные этими независимыми медицинскими работниками. Я буду получать отдельные счета от каждого из этих независимых врачей / медицинских работников за оказанную ими помощь и лечение и нести ответственность за их оплату.



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

Мое решение обратиться за медицинской помощью в Больницу или к Advocate Health НЕ основывается на предположениях, заявлениях, рекламе, информационных кампаниях, домыслах или доверии, связанными с тем, что врачи / медицинские работники являются сотрудниками либо представителями больницы или Advocate Health, поскольку, как указано выше, они таковыми не являются, если только они явно и однозначно не заявят об обратном.

Инициалы пациента/представителя (*Patient/Representative Initials*): _____

16. **Уведомление о соблюдении конфиденциальности оплаты и правах пациентов.** Я подтверждаю, что Больница предоставила мне копию своего Уведомления о соблюдении конфиденциальности и Уведомления о правах пациента. Я понимаю, что в этих документах описывается политика Больницы в отношении конфиденциальности используемой и/или раскрываемой медицинской информации, платежей за оказываемые ею услуги, порядок оплаты, программы благотворительной и финансовой помощи, а также другие права пациентов. Я могу не сохранить эти брошюры.

Своей подписью ниже я подтверждаю, что признаю и понимаю, что Больница привлекает независимых подрядчиков или медицинских работников к предоставлению различных медицинских услуг, описанных выше. Я также подтверждаю, что прочитал (-а) эту форму согласия, включая описание услуг независимых медицинских работников, и что у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые мне были даны удовлетворительные ответы. Я также признаю, что моя подпись на электронной платформе может отличаться от моей фактической подписи, но подтверждаю, что она действительна, обязательна и имеет законную силу.

Дата (Date)	Время (Time)	Подпись пациента (Signature of Patient)
----------------	-----------------	--

Дата (Date)	Время (Time)	Подпись законно уполномоченного агента (Signature of Legally Authorized Agent)	Кем приходится пациенту (Relationship to Patient)
----------------	-----------------	---	--

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

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

