

Згода на отримання медичного обслуговування

1. **Лікування.** Я, від свого імені (або від імені вказаного нижче пацієнта) і, якщо застосовно, від імені своєї новонародженої дитини, даю згоду на діагностичні процедури й медичні послуги, які є необхідними й доцільними для мого стану чи хвороби. Вони можуть включати тестування на ВІЛ, якщо я не відмовлюся від нього, повідомивши про це свого лікаря. Діагностичні процедури й медичні послуги визначатимуть мої лікарі або інші медичні фахівці за потребою чи доцільністю під час лікування. Вони надаватимуться безпосередньо в Лікарні або із застосуванням засобів телемедицини. Я розумію, що медичні працівники, які проходять стажування, можуть брати участь у моєму лікуванні під наглядом досвідченого персоналу.

Я також розумію, що в деяких випадках, зокрема в надзвичайних ситуаціях, лікування може розпочатися до того, як я перегляну й підпишу цю форму. Я усвідомлюю і розумію, що всі положення, викладені в цій формі, зокрема, але не виключно, пункт 15 про послуги незалежних лікарів і медичних працівників, застосовуються в повному обсязі протягом усього терміну отримання медичних послуг пацієнтом у Лікарні. Своім підписом нижче я погоджуюся заднім числом приймати умови, викладені в цій формі, які включають, крім іншого, положення пункту 15, навіть якщо в мене було протилежне припущення або переконання стосовно стану працевлаштування будь-якого медичного працівника до того, як я переглянув (-ла) і підписав (-ла) цю форму.

2. **Координація лікування.** Я розумію, що Advocate Health Care й Aurora Health Care тепер належать до Advocate Health, клінічно інтегрованої системи охорони здоров'я, яка складається з кількох юридично незалежних лікарень, медичних груп і інших медичних організацій, які працюють разом, щоб ефективно координувати медичні послуги для пацієнтів. Я розумію, що Advocate Health зберігатиме мою медичну інформацію у форматі електронної медичної картки й що мої медичні записи, зокрема, але не виключно, відомості про діагноз, план лікування, виписані ліки, розклад консультацій і результати лабораторних аналізів та діагностичних обстежень (включно з інформацією, пов'язаною з ВІЛ, генетичними даними й відомостями про психічне здоров'я), зможуть переглядати в системі Advocate Health особи, які є учасниками команди з міждисциплінарної допомоги.
3. **Фотозйомка.** Я розумію, що постачальникам медичних послуг, можливо, знадобиться зробити фотографії, а також записати відео та/або аудіо, щоб задокументувати відомості про мій медичний стан, установити діагноз і/або спланувати лікування та/або операцію. Я розумію, що постачальники медичних послуг або Лікарня зберігатимуть права власності на ці фотографії, відео- та/або аудіозаписи. Я також розумію, що ці матеріали можуть використовуватись у навчальних цілях без розкриття ідентифікаційних даних пацієнтів.
4. **Можливість догляду в домашніх умовах.** Я розумію, що маю право вибирати постачальника послуг домашнього догляду, який надаватиме мені необхідну медичну допомогу. Щоб забезпечити послідовне медичне обслуговування, Лікарня, як правило, користуватиметься послугами Advocate at Home, якщо я не виберу іншого постачальника чи якщо інше не передбачено моїм страховим планом. Список постачальників послуг домашнього догляду мені видадуть під час госпіталізації або реєстрації. Я також можу попросити фахівця з планування виписки з медичного закладу надати мені ще один екземпляр цього переліку. Якщо я захочу змінити постачальника медичних послуг, мої побажання візьмуть до уваги.
5. **Рецепти, виписані в інших медичних закладах.** Щоб полегшити своє лікування я надаю дозвіл на перегляд моєї історії рецептів, виписаних в інших медичних закладах. Ця інформація буде доступна, лише якщо мої рецепти заповнювалися в аптеці, що входить у мережу. Саме тому я несу відповідальність за надання точної історії рецептів.
6. **Вибір мови.** Мені надали інформацію про послуги письмового й усного перекладу. Я розумію, що ці послуги надаються безоплатно і я можу замовити їх будь-коли під час госпіталізації.



Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

7. **Розкриття медичної інформації для оплати.** Я надаю згоду на видачу всієї необхідної інформації зі своєї медичної документації, зокрема інформації, пов'язаної з ВІЛ, генетичних даних і відомостей про психічне здоров'я, стороннім платникам, відповідальним за оплату рахунків пацієнтів, зокрема, але не виключно, страховим компаніям, планам медичного страхування, працівникам, які займаються схваленням заяв на отримання пільг і державним установам або посередникам, які представляють будь-що з переліченого вище.
8. **Електронні засоби зв'язку.** Я надаю дозвіл компанії Advocate Health і її представникам (зокрема стороннім агентам) зв'язуватися зі мною телефоном за допомогою автовідповідача та/або автонабору за будь-яким номером, закріпленим за мною або моїми особистими представниками, стосовно будь-якого питання, пов'язаного з моїм лікуванням, його оплатою, банківськими рахунками, науково-дослідницькою діяльністю, або щоб надати мені консультацію щодо продуктів чи послуг, які можуть мене зацікавити. Я можу відмовитися від отримання в подальшому дзвінків або повідомлень, лише дотримуючись спеціальних указівок, наданих Advocate Health. Я розумію, що не зобов'язаний (-а) приймати телефонні дзвінки й повідомлення, щоб отримувати лікування або інші послуги від Advocate Health. Надаючи електронну адресу й номер мобільного телефону, я дозволяю компанії Advocate Health (а також її незалежним підрядникам) надсилати мені інформацію, нагадування й повідомлення за допомогою вказаних засобів зв'язку для перелічених вище цілей.
9. **Призначення пільг.** З огляду на послуги, які надаються в Лікарні, я доручаю і дозволяю прямі виплати Лікарні й лікарям за цю госпіталізацію, невідкладну допомогу або амбулаторні послуги від будь-якої страхової компанії, плану медичного страхування чи стороннього платника, які мали б виплачуватися мені або від мого імені.
10. **Оплата послуг Medicare й призначення пільг (якщо застосовно).** Я прошу, щоб від мого імені сплачувалися дозволені пільги Medicare за послуги Лікарні й лікарів, які надаються мені в Лікарні, і призначаю такі пільги Лікарні й лікарям, які їх надають. Я підтверджую, що надав (-ла) достовірну інформацію для отримання таких пільг і заповнив (-ла) анкету Medicare. Я дозволяю будь-якому власнику медичної чи іншої інформації про мене надавати Центрам медичних послуг Medicare й Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) і їхнім представникам будь-які відомості, необхідні для оплати за такі пільги. Я дозволяю Адміністрації соціального забезпечення (Social Security Administration) передавати лікарні й лікарям, які надають мені послуги, інформацію про моє право на отримання пільг.
11. **Особисті речі.** Я беру на себе повну відповідальність за всі особисті речі, зокрема, але не виключно, окуляри, слухові апарати, зубні протези, прикраси, гроші й інші коштовності. Я розумію, що в сейфі Лікарні за запитом можна зберігати цінні речі, і звільняю Лікарню від відповідальності за коштовності й особисті речі, які не передано на зберігання в сейф, зокрема за будь-яке пошкоджене особисте майно або загублені речі.
12. **Фінансова допомога.** З огляду на послуги, які надаватимуться в Лікарні, пацієнт або його законний представник погоджується оплачувати Лікарні всі послуги, обладнання й матеріали, що надаються пацієнту, за встановленими тарифами, включно з франшизою, доплатою чи витратами, які не покриваються сторонніми платниками. **Я розумію, що оплата за послуги незалежних лікарів і медичних працівників не надходить на рахунок Лікарні, і такі платежі нараховуватимуться пацієнту в окремому порядку.** Я усвідомлюю, що деякі лікарі можуть не брати участь у плані медичного страхування або платіжній програмі, за якою оплачується моє лікування, і через це з мене може стягуватися додаткова плата. Пацієнт бере на себе відповідальність за будь-які витрати, включно з гонорами адвокатів, спричиненими стягненням цих витрат. Я розумію, що якщо не надам згоду на розкриття інформації або згодом відкликаю таку згоду, пацієнт візьме на себе повну відповідальність за оплату всіх отриманих діагностичних процедур і послуг. Я підтверджую, що інформація, надана мною для оплати цього лікування в Лікарні, наскільки мені відомо, повна й точна. Я розумію, що якщо в пацієнта виникнуть труднощі з виконанням його або її обов'язків щодо оплати Лікарні, для нього (неї) за запитом доступна інформація про фінансову допомогу, включно з обґрунтованими планами виплат і фінансовою допомогою, у межах послуг фінансового консультування Лікарні. Я розумію, що подробиці про страхування чи рівні пільг можна дізнатися від представників плану медичного обслуговування пацієнта чи із сертифікату страхового покриття. Крім того, мені надали копію документа про фінансову допомогу доступною мовою, де описано правила її використання й спосіб її отримання.



13. **Призначення й звільнення в цілях страхового покриття.** Я призначаю компанію Advocate Health і її фінансових консультантів або радників у питаннях страхування ("Представник") своїм агентом і представником та агентом і представником пацієнта, щоб вони на власний розсуд здійснювали будь-які або всі права й обов'язки, які я або пацієнт можемо мати зараз чи здобути в майбутньому і які пов'язані з пільгами або послугами медичного страхування, зокрема з їх отриманням і поданням заявок на їх отримання, оскарженням рішень щодо них, реєстрацією для їх отримання, відмовою від них, запитами на продовження надання послуг, поданням апеляцій щодо них тощо. Такі пільги або послуги фінансуються місцевими, штатними або федеральними фондами, зокрема програмами, які підпорядковуються Закону про соціальне забезпечення (Social Security Act) й включають, крім іншого, Medicaid і програми відмови від стандартних умов Medicaid ("Допомога"). Представник також має право переглядати й отримувати копії будь-яких документів, інформації або сповіщень, на які маємо право я або пацієнт, зокрема, але не виключно, фінансової, податкової, робочої, страхової, медичної і іншої інформації, яка може стосуватися Допомоги, а також сповіщень про відмову, повідомлень зі схваленням, запитів на інформацію, рішень про припинення пільг і повідомлень із рішеннями. Я дозволяю Представникові на власний розсуд і за свій кошт отримувати юридичне представництво, яке матиме ті самі повноваження, що й Представник. Якщо Представник уже вжив заходів, які відповідають цьому призначенню й звільненню, я підтверджую перегляд і схвалення таких дій. Це призначення й дозвіл у цілях страхування зберігає чинність до того моменту, поки не буде відкликано мною або пацієнтом у письмовій формі й передано Представникові, і не буде порушено моєю смертю або втратою дієздатності чи смертю або втратою дієздатності пацієнта.
14. **Платіжне зобов'язання й гарантія.** Я погоджуюся сплачувати всі рахунки Advocate Health за послуги, отримані пацієнтом. Це договірне зобов'язання й гарантія вимагають оплати всіх наданих послуг у повному обсязі, які включають, крім іншого, усі витрати в Advocate Health, яких зазнає пацієнт згідно зі звичайними тарифами й умовами Advocate Health, викладеними в преїскуранті, дійсному на момент лікування, який має вести Advocate Health відповідно до вимог Кодексу США (розділ 42, параграф 300gg-18(e)). Тобто таке договірне зобов'язання й гарантія вимагають оплати всіх витрат, які не покриваються страхуванням, незалежно від причини відмови в такому страхуванні. Якщо я буду не в змозі покрити такі витрати й Advocate Health або будь-яка інша фізична чи юридична особа, перед якою я маю заборгованість, скористається послугами адвоката, щоб стягнути суму несплачених рахунків, я погоджуюся сплатити розумну вартість послуг адвоката на додаток до несплачених платежів. Я даю згоду й уповноважую Advocate Health і незалежних лікарів та медичних працівників зв'язуватись із зовнішніми організаціями на власний вибір, зокрема кредитними агентствами, щоб оцінити мою кредитоспроможність, визначити моє право на отримання фінансової допомоги й з'ясувати доцільність стягнення з мене будь-яких заборгованих коштів, зараз або під час подальших візитів. Я розумію і погоджуюся, що Advocate Health може на власний розсуд призначати рахунки, зокрема колекторським агентствам і адвокатам, щоб стягувати будь-які заборговані суми.
15. **Юридична інформація про послуги незалежних лікарів і медичних працівників.** Я усвідомлюю і повністю розумію наведені нижче положення. Лікарі й інші медичні працівники ("Фахівці"), які надають мені медичні послуги в цій Лікарні **НЕ ВВАЖАЮТЬСЯ СПІВРОБІТНИКАМИ АБО ПРЕДСТАВНИКАМИ ЛІКАРНІ ЧИ КОМПАНІЇ ADVOCATE HEALTH, А Є НЕЗАЛЕЖНИМИ ПІДРЯДНИКАМИ АБО СПЕЦІАЛІСТАМИ.** До них, зокрема, належать лікарі й інші постачальники медичних послуг, як-от помічники лікарів, сертифіковані дипломовані медсестри-анестезіологи, практикуючі медсестри, молодші медичні працівники тощо. Працівниками або представниками лікарні є лише ті лікарі й фахівці, які чітко та недвозначно визначили себе такими. Незалежні лікарі й працівники зобов'язані носити безпекові ідентифікаційні бейджі з назвою і логотипом компанії Advocate Health і/або конкретною назвою її лікарні чи закладу. Такі бейджі використовуються не для визначення трудового статусу лікаря чи медичного працівника, а виключно для безпеки. Я розумію, що мені слід звертатися до свого лікаря або медичного працівника з будь-якими запитаннями щодо його статусу зайнятості працевлаштування.





Patient Name: _____

MRN: _____

Date of Birth: _____
or Affix Label

Незалежним лікарям і медичним працівникам дозволяється використовувати Лікарню, щоб надавати медичні послуги своїм пацієнтам. **До незалежних лікарів і медичних працівників належать, зокрема, але не виключно, лікарі первинної ланки, фізіотерапевти, помічники лікарів, сертифіковані дипломовані медсестри-анестезіологи, практикуючі медсестри, молодші медичні працівники, ті, хто практикує невідкладну медицину, травматологію, кардіологію, акушерство, хірургію, радіологію, анестезіологію, патологію і інші спеціальності.** Лікарня й Advocate Health не контролюють медичні рішення, які ухвалюють незалежні лікарі й медичні працівники. Вони покладаються на власні незалежні медичні судження під час лікування або надання інших професійних послуг і несуть за це повну юридичну відповідальність. Лікарня й Advocate Health не несуть юридичну відповідальність за послуги й лікування, які надають незалежні лікарі й медичні працівники. Я отримуватиму окремі рахунки від незалежних лікарів і медичних працівників за надані ними послуги й нестииму повну відповідальність за їх оплату.

Моє рішення звернутися по медичну допомогу до Лікарні або в Advocate Health НЕ ґрунтується на будь-яких переконаннях, заявах, рекламі, медійних кампаніях, висновках, припущенні або впевненості щодо того, що лікарі або медичні працівники, які надають мені медичні послуги, є співробітниками або представниками лікарні чи закладу Advocate Health, оскільки, як зазначалося вище, вони такими не вважаються, лише якщо чітко й недвозначно не повідомили мені протилежного.

Ініціали пацієнта/представника (Patient/Representative Initials): _____

16. **Інформація про порядок збереження конфіденційності особистої інформації і дотримання прав пацієнтів.** Я визнаю, що співробітники Лікарні надали мені копію Повідомлення про порядок збереження конфіденційності особистої інформації і Повідомлення про права пацієнтів. Я розумію, що в цих документах описано способи, у які Лікарня забезпечує збереження конфіденційності, зокрема використання та/або розкриття медичної інформації, платіжну політику стосовно стягнення платежів за надані послуги, програми благодійної і фінансової допомоги й інші права пацієнтів. Я можу не зберігати ці документи.

Своїм підписом нижче я підтверджую ознайомлення з відомостями про те, що Лікарня залучає незалежних підрядників або медичних працівників, щоб надавати різноманітні послуги відповідно до інформації вище, і розумію це. Я також підтверджую, що прочитав (-ла) цю форму згоди, зокрема конкретні формулювання щодо послуг, які надають незалежні лікарі й медичні працівники, і мені було надано можливість поставити запитання, на які я отримав (-ла) вичерпні відповіді. Я також визнаю, що мій підпис, зроблений на електронній платформі, може відрізнятися від власноручного, однак підтверджую, що він є дійсним, обов'язковим для виконання й має повну юридичну силу.

Дата (Date)	Час (Time)	Підпис пацієнта (Signature of Patient)
----------------	---------------	---

Дата (Date)	Час (Time)	Підпис юридично вповноваженого представника (Signature of Legally Authorized Agent)	Ким доводиться пацієнту (Relationship to Patient)
----------------	---------------	--	--

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

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

