

Бланк информирования и согласия пациента

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну:

Я даю согласие на то, чтобы моя команда по уходу оставляли медицинскую информацию, например результаты анализов, информацию о лекарствах или ответы на интересующие меня вопросы, на моем автоответчике.

Согласие на коммуникацию:

Я даю согласие на получение всех форм коммуникации от моей команды по уходу. Сотрудники плана CHC могут звонить, отправлять смс, сообщения по электронной почте или посылать мне по почте важную информацию, например напоминания о приеме, результаты анализов, варианты лечения, а также информацию о медицинских образовательных услугах или мероприятиях. Я понимаю, что в любой момент могу отказаться от данной услуги.

Согласие на лечение:

Я даю согласие на план ухода, предложенный моей командой по уходу. Я понимаю, что у меня или моего уполномоченного представителя есть право решать, принимать или отказываться от данного плана. Я буду задавать вопросы по мере надобности и озвучу свои пожелания.

Уведомление о раскрытии информации для получения оплаты:

Я понимаю, что план CHC будет сообщать любой диагноз и соответствующую информацию для обеспечения оплаты от страховых компаний и любых отвечающих за это сторонних плательщиков. Я понимаю, что, если я не ограничу это в письменной форме, это может распространяться на все аспекты лечения, включая тестирование и/или лечение ВИЧ/СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем, злоупотребления психоактивными веществами или психических расстройств.

Финансовое соглашение:

Я понимаю, что доплата (непокрываемая минимальная сумма) взимается в момент оказания услуги. Я передаю оплату моей страховой компании непосредственно плану CHC.

Я понимаю, что несу финансовую ответственность перед планом CHC за расходы, не оплаченные страховкой, и что эти расходы должны быть оплачены в течение 30 дней после выставления счета. Я понимаю, что в дополнение к счету от моего поставщика я могу получить отдельные счета от лаборатории, радиологии и других специализированных служб.

Получение уведомления о правилах работы с медицинской информацией:

Мне была предложена копия Правил конфиденциальности плана CHC, информирующая меня о моих правах, связанных с защитой моей медицинской информации. Мне также была предложена копия Правил неявки, информирующих меня о важности соблюдения назначенных приемов и последствиях, если я не отменю визит к врачу, когда я не могу прийти на него.

Права и обязанности пациента:

Мне была предоставлена копия документа «Права и обязанности пациента плана CHC», в котором содержится информация о том, что значит быть пациентом плана CHC.

Телемедицинское обслуживание

Я понимаю, что телемедицинские консультации являются платными и что план CHC будет соблюдать все законы о конфиденциальности информации пациента. Если необходимо личное посещение, то меня уведомят об этом. Я понимаю, что в если электронная связь будет потеряна, что может привести к проблемам с конфиденциальностью, моя группа по уходу перезвонит мне по указанному мною номеру.



Бланк информирования и согласия пациента

Подписывая данный документ, вы соглашаетесь со всей вышеизложенной информацией.

Подпись: _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____
(Если пациент моложе 18 лет)