

## Форма підтвердження та згоди пацієнта

### **Розкриття медичної інформації:**

Я надаю дозвіл своїм медичним фахівцям залишати медичну інформацію, зокрема результати аналізів, інформацію про ліки та/або відповіді на запитання, на моєму автовідповідачі.

### **Згода на інформування:**

Я погоджуюся на отримання всіх форм зв'язку від моїх медичних фахівців. СНС може дзвонити, надсилати текстові повідомлення, електронні або звичайні листи з важливою інформацією, такою як нагадування про прийоми, результати аналізів, варіанти лікування, послуги або заходи з санітарної освіти. Я розумію, що можу відмовитись у будь-який час.

### **Згода на догляд:**

Я погоджуюся з планом догляду та лікування, запропонованим моїми медичними фахівцями. Я розумію, що я або мій уповноважений представник маємо право прийняти рішення про згоду на цей план або про відмову від нього. За необхідності я буду ставити запитання та повідомляти про свої побажання.

### **Повідомлення про розкриття до оплати:**

Я розумію, що медичні центри СНС надаватимуть будь-які діагнози та відповідну інформацію, необхідну для забезпечення виплат від страхових компаній та від будь-яких відповідальних третіх осіб. Я розумію, що це повідомлення про розкриття, якщо я безпосередньо не обмежую його відповідним розпорядженням в письмовій формі, може поширюватись на всі аспекти лікування, зокрема на тестування та/або лікування ВІЛ/СНІДу, захворювань, що передаються статевим шляхом, зловживання психоактивними речовинами або психічних розладів.

### **Згода з фінансовими умовами:**

Я розумію, що до надання послуг застосовна вимога про доплати. Я надаю центрам СНС право на безпосереднє отримання оплати за обслуговування від моєї страхової компанії.

Я розумію, що несу фінансову відповідальність перед центрами СНС за сплати, не забезпечені страховою компанією, і що ці сплати мають бути забезпечені мною протягом 30 днів після виставлення відповідних рахунків. Я розумію, що окрім рахунків від мого постачальника я можу отримати окремі рахунки від лабораторій, компаній, які здійснюють радіологічні дослідження, та інших спеціалізованих служб.

### **Отримання повідомлення про норми використання медичної інформації:**

Мені було запропоновано копію Правил конфіденційності СНС, у яких міститься інформація про мої права, пов'язані із захистом моєї медичної інформації. Мені було запропоновано копію Політики щодо пропусків прийомів, у якій міститься інформація про те, наскільки важливо приходити на медичні прийоми, а також про наслідки неявки на прийоми або скасування прийомів.

### **Права та обов'язки пацієнтів:**

Мені було запропоновано копію Прав та обов'язків пацієнтів центрів СНС, у якому міститься інформація для пацієнтів центрів СНС.

### **Телемедичні послуги:**

Я розумію, що телемедичні візити є платними та що СНС дотримується всіх законів щодо конфіденційності пацієнтів. Якщо буде потрібний особистий візит, мені повідомлять. Я розумію, що при порушенні електронного з'єднання, яке може призвести до проблем із конфіденційністю, мої медичні фахівці зателефонують мені за вказаним номером.

## Форма підтвердження та згоди пацієнта

Підписуючись нижче, ви погоджуєтесь з усією наведеною вище інформацією.

Підпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Підпис одного з батьків / опікуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(якщо пацієнт неповнолітній)