

Согласие на лечение

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ: Подписывая данную форму, я даю согласие и разрешаю Northwest Family Clinics меня лечить. Я понимаю, что это может подразумевать информирование, ведение медикаментозной терапии, лабораторные исследования, диагностическую визуализацию и процедуры. Я понимаю, что мой поставщик услуг готов объяснить мне цель лечения и суть процедур, и что я имею право отказаться от рекомендованного лечения.

СОГЛАСИЕ НА СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА УСЛУГИ МЕДИЦИНСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ и ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ: Настоящим я прошу, чтобы выплата разрешенного страхового возмещения за все услуги, оказанные мне в Northwest Family Clinics осуществлялась напрямую этому медицинскому учреждению от моего имени. Я разрешаю Northwest Family Clinics раскрывать данные из медицинской документации и другую информацию, связанную с оказанием мне медицинской помощи, в целях оплаты и организации медицинского обслуживания.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ПЛАТЕЛЬЩИКУ И СЕТЕВЫМ ОРГАНИЗАЦИЯМ: Я разрешаю Northwest Family Clinics раскрывать данные из медицинской документации и другую информацию, связанную с заботой о моем здоровье, по запросу программы Medicare, ее агентов, моей страховой компании или организации медицинского обеспечения, других плательщиков, сетевых организаций плательщика, в том числе уполномоченных организаций по оказанию медицинской помощи, их подрядчиков, администраторов сторонних организаций, государственной медицинской службы или любого другого государственного плательщика в целях оплаты и осуществления медицинской деятельности. Любая передача информации третьим лицам, необходимая в связи с задолженностью по вашему счету, не считается нарушением конфиденциальности.

ПЛАТЕЖНОЕ СОГЛАШЕНИЕ: Я признаю и осознаю, что несу финансовую ответственность за все расходы, связанные с услугой(-ами), оказанной(-ыми) мне или моему иждивенцу. Если моя страховая компания по какой-либо причине посчитает определенные услуги не подлежащими покрытию или не оплатит какую-либо часть моего счета, или если у меня не будет действующей страховки, я приму на себя полную обязанность по оплате этих и любых других расходов на предоставленные мне услуги. Все суммы доплат, сострахования и франшизы должны быть выплачены при оказании услуги. Мы принимаем наличные, чеки, кредитные и/или дебетовые карты. В случае возвратных платежей по чекам или с кредитных карт действует сервисный сбор в размере \$45. Если обстоятельства потребуют привлечения стороннего коллекторского агентства, я понимаю, что буду нести ответственность за расходы на взыскание средств, юридические услуги и/или судебные издержки. Все дополнительные сборы будут добавлены к сумме задолженности, подлежащей взысканию. Коллекторское агентство также может сообщить о вашей просроченной задолженности в бюро кредитных историй.

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ: Подписывая данную форму, я признаю, что мне была предоставлена копия Политики конфиденциальности Northwest Family Clinics или меня о ней уведомили. Я понимаю, что могу попросить предоставить мне копию настоящего уведомления о конфиденциальности.

ПОВТОРНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ПРЕЦЕПТОВ И КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ПРЕПАРАТЫ: Northwest Family Clinics выписывает достаточное повторных и продленных рецептов во время приема. Вы должны самостоятельно следить за пополнением запасов медикаментов и записываться на прием до того, как у вас закончатся лекарства. Вы должны обратиться в свою аптеку с повторным заказом рецептурных препаратов по крайней мере за 72 часа (3 рабочих дня) до получения.

ПРОПУЩЕННЫЕ ИЛИ ПОЗДНО ОТМЕНЕННЫЕ ПРИЕМЫ: Я осознаю, что, не отменяя прием по крайней мере за 24 часа или не являясь на назначенный прием, я препятствую записи других пациентов на это время. Я понимаю, что в случае пропуска или поздней отмены с моего счета может быть списана оплата в сумме \$50 за прием и \$100 за процедуру. Колоноскопию необходимо отменять по крайней мере за семь дней до процедуры. В противном случае с вашего счета может быть списана оплата в размере \$300 за позднюю отмену. Кроме того, я понимаю, что Northwest Family Clinics оставляет за собой право прекратить мое обслуживание или ограничить меня записью только на прием в день обращения в случае трех и более пропущенных визитов или поздних отмен без уведомления за 24 часа в течение 12 месяцев.

ДРУГИЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПЛАТЕЖИ: Если Northwest Family Clinics придется заполнять для вас дополнительные формы или отчеты, это может повлечь за собой дополнительную плату. Счет за такие услуги не будет выставлен вашей страховой компании и должен быть оплачен авансом. Northwest Family Clinics может взимать плату за такие услуги, помимо прочего: документация об инвалидности, заявления на отпуск по уходу за больным родственником, копии медицинских документов, специальные отчеты, электронная переписка или консультации в телефонном режиме.

ЭЛЕКТРОННЫЕ УВЕДОМЛЕНИЯ: Предоставляя свой номер телефона, адрес электронной почты или любую другую контактную информацию, я разрешаю Northwest Family Clinics и ее сторонней автоматизированной системе связи и отправки сообщений использовать мои контактные данные. Чтобы связаться со мной по поводу назначенного приема, результатов анализов, информации о задолженности по счету, новостной рассылки, общих обновлений и других функций, связанных с охраной здоровья. Я даю согласие на оставление подробных голосовых сообщений мне или указанному ниже лицу, если я не отвечаю по предоставленному мною номеру.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБСУЖДЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ: Настоящим я разрешаю поставщикам медицинских услуг и сотрудникам Northwest Family Clinics обсуждать конфиденциальную информацию о состоянии моего здоровья с указанным(-и) ниже лицом(-ами). Оставляя это поле пустым, я не даю согласия поставщикам медицинских услуг и сотрудникам на разглашение конфиденциальной информации о моем здоровье.

Кем приходится

Имя и фамилия

№ телефона

Подписывая настоящую форму, я признаю, что прочитал(-а) все вышеперечисленное и соглашаюсь с этим. Я понимаю, что настоящее разрешение будет действовать до тех пор, пока я не отзову его в письменной форме. Я понимаю, что имею право в любой момент отозвать свое согласие и что это никак не повлияет на какие-либо действия, предпринятые до отзыва.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами): _____ Дата рождения: _____