

治療同意書

治療同意：簽署本表格，即表示本人同意並授權 Northwest Family Clinics 為本人進行治療。本人明白治療範圍可能包括健康教育、藥物管理、化驗、造影檢查及醫療程序。本人明白主診醫護人員會向本人解釋治療及程序的目的，而本人亦有權拒絕接受建議的治療。

福利轉讓及帳單授權：本人特此要求將已授權的保險福利款項，就於本診所為本人提供的任何服務，直接支付予 Northwest Family Clinics。本人同意 Northwest Family Clinics 為付款及醫療營運用途，披露本人的健康記錄及其他與醫療服務相關的資料。

向承保方及醫療網絡披露資料：本人授權 Northwest Family Clinics 就付款及醫療營運所需，向 Medicare 及其代理、本人的保險公司或健康維護組織、其他承保方、承保方網絡機構（包括責任醫療機構）及其承辦商、第三方管理人、州醫療機構，或任何其他政府承保方，披露所要求的健康記錄及其他與醫療服務相關的資料。如因帳戶欠款而須向第三方作出跟進或匯報，將不視為違反保密責任。

付款協議：本人確認並明白，本人須就本人或受供養人所接受的服務，承擔全部相關費用。如本人的保險公司基於任何理由將某些服務列為不受保，或不支付帳單的任何部分，或本人並無有效的保險保障，本人須自行承擔上述費用及其他所有服務費用的付款責任。所有自付額、共同保險及扣除額須於接受服務時繳付。本診所接受現金、支票、信用卡及／或扣帳卡付款。退票或信用卡退款將收取 \$45 服務費。如情況需要委託第三方收數公司，本人明白本人須承擔收款成本、律師費及／或法庭費用。所有費用將計入收款結餘內。收數公司亦可能將閣下的逾期帳戶向信貸資料機構作出匯報。

病人私隱權：簽署本表格，即表示本人確認已收取 Northwest Family Clinics 的《私隱慣例通知》副本，或已獲知悉有關內容。本人明白可要求索取該私隱通知的副本。

處方續配及受管制藥物：Northwest Family Clinics 會於閣下的應診時間提供足夠的續配藥量及續期處方。閣下須自行留意藥物存量，並於藥物用完之前預約應診。閣下應聯絡藥房提交續配申請，並至少預留 72 小時（3 個工作日）處理申請。

錯過或過遲取消應診：本人明白如未有至少提前 24 小時取消應診，或沒有按時到診，將令其他病人無法獲安排應診。本人明白本人的帳戶可能因錯過或過遲取消的應診被收取應診 \$50 或程序 \$100 的費用。結腸鏡檢查必須至少提前 7 天取消，否則可能因過遲取消而被收取 \$300 費用。此外，本人明白 Northwest Family Clinics 保留權利，如本人於 12 個月內有 3 次或以上錯過或過遲取消應診而未有預先提供 24 小時通知，可終止為本人提供治療，或將本人列為只可即日預約的限制名單。

其他可能產生的費用：如 Northwest Family Clinics 應閣下要求填寫額外表格或報告，可能會收取額外費用。該等費用不會向閣下的保險公司收取，並須預先繳付。Northwest Family Clinics 可能就以下項目收取費用，包括但不限於傷殘表格、FMLA 表格、病歷副本、特別報告、電子通訊或電話諮詢。

電子通知：提供本人的電話號碼、電郵地址或任何其他個人聯絡資料，即表示本人授權 Northwest Family Clinics 及其第三方自動外展及訊息系統使用本人的聯絡資料，以就應診提示、化驗結果、帳戶結餘資料、電子通訊、一般更新及其他醫療相關事項聯絡本人。本人同意，如本人於所提供的電話號碼未能接聽，可於語音信箱留下詳細訊息，或向以下列明的人士轉告。

討論健康資料授權：本人特此授權 Northwest Family Clinics 的醫護人員及職員，與以下指定人士討論本人受保護的健康資料。如此欄留空，醫護人員及職員將不會分享本人受保護的健康資料。

關係

姓名

電話號碼

簽署本表格，即表示本人確認已閱讀並同意以上所有條款。本人明白本同意書於本人以書面撤銷前，將持續有效。本人明白本人有權隨時撤銷同意，而撤銷不會影響撤銷前已採取的任何行動。

病人姓名（正楷）：_____ 出生日期：_____

患者、父母或法定代表簽署

日期