

UMOWY I ZGODY DOT. PPD

ZGODA NA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

- Ja, (Pacjent składający poniższy podpis albo osoba składająca poniższy podpis odpowiedzialna za udzielanie zgody w imieniu Pacjenta) wyrażam zgodę i występuję o udzielenie mi całości świadczeń, leczenia i innych usług, jakie mogą zostać zalecane, zażądane, wskazane albo zapewnione przez lekarzy, ich partnerów, asystentów lub wyznaczone podmioty i zrealizowane przez lekarzy lub pracowników zatrudnionych w Elmhurst Memorial Healthcare na podstawie umowy o pracę lub kontraktu (EMHc).
- Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że Elmhurst Memorial Healthcare nie zatrudnia lekarzy i niektórych praktyków medycznych średniego szczebla, którzy zajmują się moim leczeniem. Przyjmuję do wiadomości, że lekarze i praktycy z Elmhurst Clinic, LLC i Elmhurst Medical Associates NIE są pracownikami EMHc, Edward bądź Elmhurst Hospitals ani Edward-Elmhurst Healthcare. Przyjmuję do wiadomości, że lekarze i praktycy z Elmhurst Memorial Medical Group (EMMG) i/lub Edward Medical Group (EMG) są pracownikami Edward Health Ventures.
- Rozumiem, że mam prawo nie zgodzić się na świadczenia, leczenie i inne usługi, jeśli odmowa jest dopuszczalna w świetle przepisów prawa.
- Rozumiem, że medycyna nie należy do dziedziny ścisłej. Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że nie udziela się ani nie można udzielić żadnych gwarancji w odniesieniu do wyników rozpoznania, leczenia i farmakoterapii, testów lub badań zapewnianych w EMHc.
- Rozumiem, że ewentualne pytania dotyczące statusu pod kątem zatrudnienia stawiać mam konkretnym lekarzom, a mój podpis poniżej potwierdza, że udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania, jakie zostały przeze mnie zadane. Moja decyzja dotycząca ubiegania się o opiekę medyczną w EMHc nie jest oparta na założeniu, że lekarze, którzy zapewniają mi opiekę i leczenie, są pracownikami albo przedstawicielami EMHc, Elmhurst Hospital lub Edward-Elmhurst Healthcare. Podejmując decyzję dot. leczenia, nie jest ona oparta na założeniu, że lekarz jest zatrudniony w placówce.
- Zgadzam się, aby zdjęcia i inne zapisy zostały wykorzystane w celu zapewnienia leczenia, jakości lub w celach edukacyjnych. Wiem, że mam prawo odmówić udzielenia zgody w kwestii powyższych zapisów. Fotografia ze stanowego dokumentu tożsamości lub prawa jazdy wykorzystana zostanie w systemie EHR. Ma to zapewnić Państwu ochronę i zapobiegać kradzieży tożsamości.

TELEMEDYCYNĄ

- Telemedycyna obejmuje praktyki medyczne realizowane z wykorzystaniem komunikacji elektronicznej w celu zapewnienia pacjentom zlokalizowanym w stanie Illinois, którzy znajdują się poza siedzibą placówki medycznej, możliwości uzyskania diagnozy lub leczenia („Telemedycyna”). Umożliwia ona również pracownikom medycznym zlokalizowanym w różnych miejscach na terenie stanu wymianie się danymi medycznymi na temat konkretnego pacjenta w celu usprawnienia opieki medycznej.
- Podpisując niniejszy formularz, ja, czyli pacjent albo przedstawiciel prawny pacjenta („Pacjent”) zgadzam się na stosowanie technologii związanych z telemedycyną w ramach interwencji medycznych podejmowanych względem mojej osoby i pozwalam EMHc, jego partnerom oraz osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub kontraktu, na to, by objęto mnie usługami z zakresu telemedycyny. Składając podpis poniżej, potwierdzam, że wiem, że telemedycyna nie jest w stanie w pełni odzwierciedlić konsultacji osobistych i wiąże się z pewnymi ograniczeniami, ponieważ nie można przeprowadzić badania fizykalnego. Potwierdzam również, że w przypadku zgłaszania prośby o dostęp do usług z zakresu telemedycyny, będę przebywać na terenie stanu Illinois.

GWARANCJA PŁATNOŚCI

- W odniesieniu do usług zapewnianych przez EMHc Pacjentowi zgadzam się: i) zagwarantować płatność wszystkich opłat związanych z usługami zapewnianymi Pacjentowi; ii) przypisać i przekazać EMHc na cały czas całość praw, tytułu i udziału przysługujących Pacjentowi, jeśli chodzi o zwrot kosztów leczenia, które będzie można wykorzystać w celu uregulowania opłat; iii) zgadzam się, aby środki te wypłacone zostały bezpośrednio EMHc.
- Potwierdzam, że EMHc nie jest odpowiedzialne za ustalenie, czy Pacjent objęty jest ubezpieczeniem albo innymi świadczeniami, które mogą pokryć koszty opieki lub świadczeń, jakie zostaną mu zapewnione, ani jaki jest zakres świadczeń, które przysługują Pacjentowi.
- Potwierdzam, że jestem w pełni odpowiedzialny za płatność wszelkich i wszystkich opłat, jeśli nie będą one pokrywane przez przyznane świadczenia.
- EMHc zapewnia różnorodną pomoc pacjentom nieubezpieczonym oraz tym, którzy nie mogą sobie pozwolić na opłacenie kosztów opieki medycznej. Rozumiem, że w razie pytań dotyczących pomocy finansowej oferowanej przez EMHc mogę je zadać kierownikowi biura podczas rejestracji.

DLA PACJENTÓW Z UBEZPIECZENIEM MEDICARE

- Zaświadczam, że wszelkie informacje podane przez Pacjenta lub jego Przedstawiciela w odniesieniu do płatności z tytułu ubezpieczenia Medicare są poprawne.
- Upoważniam osoby będące w posiadaniu informacji medycznych lub innych w odniesieniu do Pacjenta do wyjawienia w stosunku do Medicare lub jego przedstawicieli wszelkich informacji wymaganych w związku z obecnym albo powiązaniem wnioskiem medycznym.
- Zgadzam się na wypłatę środków na rzecz EMHc w imieniu Pacjenta.

Proszę przejść na stronę 2 w celu złożenia podpisu

Strona 1

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA POUCZENIA DOT. PRAKTYK W ZAKRESIE PRYWATNOŚCI

- Potwierdzam, że otrzymałem/-am kopię Pouczenia dot. praktyk w zakresie poufności. Przedstawiono w nim sposób wykorzystania oraz wyjawiania informacji medycznych na temat Pacjenta a także prawa przysługujące Pacjentowi w odniesieniu do informacji medycznych.
- WYJAWIANIE INFORMACJI NA POTRZEBY PŁATNOŚCI Upoważniam EMHc do wyjawienia wszelkich i wszystkich wymaganych informacji na mój temat z mojej dokumentacji, w tym dot. HIV, wszelkim płatnikom zewnętrznym odpowiedzialnym za regulowanie opłat, takim jak np. towarzystwa ubezpieczeniowe i podmioty odpowiedzialne za programy świadczeń zdrowotnych. Jeśli nie wyrażam zgody na wyjawienie informacji dotyczących mojej wizyty mojemu ubezpieczycielowi, muszę podpisać dodatkowy formularz dot. odmowy udzielenia zgody, i rozumiem, że w takim wypadku ponosić będę odpowiedzialność za pokrycie kosztów wizyty.

EPIC CARE EVERYWHERE

- Bierzymy udział w programie „Epic Care Everywhere”. Pozwala on placówkom medycznym korzystającym z programu do elektronicznej obsługi dokumentacji medycznej Epic (ang. EHR - Electronic Health Record - EHR) udostępniać dane medyczne za pomocą bezpiecznego, szyfrowanego połączenia, dzięki czemu osoby zapewniające Pacjentowi leczenie mają dostęp do jego danych medycznych. Program „Care Everywhere” pozwala interweniującemu lekarzowi na dostęp do historii pacjenta, wcześniejszego rozpoznania, wyników badań diagnostycznych (np. badań laboratoryjnych, dokumentacji kardiologicznej i radiologicznej), leków, alergii, notatek dot. postępów oraz innych kluczowych danych medycznych bez konieczności oczekiwania na ich przekazanie z innej placówki. Dzięki niemu dokumentacja medyczna znajdująca się w posiadaniu Edward-Elmhurst Health zostanie udostępniona innym placówkom medycznym (z wyłączeniem leczenia psychiatrycznego lub behawioralnego). Pacjentowi przysługują określone prawa w odniesieniu do chronionych informacji zdrowotnych. W niniejszej części opisano prawa przysługujące pacjentowi i niektóre z naszych obowiązków dotyczących udzielania mu pomocy. Jeśli nie chcą Państwo, aby ich dokumentacja medyczna udostępniana była w ramach programu „Care Everywhere”, proszę skontaktować się z Działem ds. Zarządzania Informacjami w Edward-Elmhurst Health pod numerem 331-221-6990 i poprosić o podjęcie kroków w celu usunięcia Państwa z programu.

POLITYKA DOT. NIEOBECNOŚCI

- Przyjmuję do informacji, że w celu odwołania wizyty konieczne jest powiadomienie z 24-godzinnym wyprzedzeniem. W przeciwnym wypadku mogę zostać obciążony opłatą z tytułu nieobecności w wysokości 40,00 USD.
- Rozumiem, że wszelkie współpłatności pacjenta oraz zaległości trzeba będzie uregulować w czasie wizyty.

EMHc nie akceptuje żadnych poprawek ani zmian w zakresie niniejszego formularza.

W przypadku korzystania z leczenia EMHc w praktyce lekarskiej niniejszy formularz umowy i zgody będzie obowiązywać przez okres 365 dni od daty złożenia podpisu poniżej, chyba że zostanie on unieważniony przeze mnie na piśmie albo ograniczony do krótszego okresu zgodnie z przepisami obowiązującego prawa.

Przeczytałem/-am cały formularz i otrzymałem/-am wyczerpującą odpowiedź na moje wszystkie pytania dotyczące formularza. Rozumiem jego treść i wyrażam swoją zgodę.

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia: _____

(Drukowanymi literami)

Podpis pacjenta, jeśli ukończył 18 lat

DATA

LUB Przedstawiciela pacjenta

Związek

DATA

(Rodzic, opiekun lub inny przedstawiciel, jeśli pacjent jest osobą nieletnią albo nie jest w stanie złożyć swojego podpisu)