

**EHV ZGODA I UPOWAŻNIENIE
ZGODA NA ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH**

- Ja, niżej podpisany/podpisana (pacjent/pacjentka lub osoba odpowiedzialna za wyrażanie zgody w imieniu pacjenta/pacjentki), proszę i wyrażam zgodę na opiekę, leczenie i inne usługi, jakie mogą być zamówione, sugerowane, zalecone, świadczone przez lekarzy lub ich współpracowników, asystentów lub osoby wyznaczone oraz przeprowadzone przez lekarzy lub personel Edward Health Ventures DBA Edward Medical Group/Elmhurst Memorial Medical Group/Linden Oaks Medical Group.
- Rozumiem, że mam prawo odmówić zgody na tę opiekę, leczenie lub inne usługi, jeśli taka odmowa będzie zgodna z prawem.
- Rozumiem, że praktyka medyczna nie jest nauką ścisłą. Rozumiem, że nie są ani nie mogą być udzielane żadne gwarancje co do wyników badań diagnostycznych, terapii i leków, testów oraz badań prowadzonych przez Edward Health Ventures.
- Wyrażam zgodę na zdjęcia lub inne nagrania, które zostaną wykorzystane do celów leczenia, zapewnienia jakości lub edukacji. Rozumiem, że mam prawo odmówić takich nagrań. Zdjęcie pochodzące z państwowego dokumentu tożsamości lub prawa jazdy zostanie wykorzystane w naszym systemie EHR do ochrony i zapobiegania kradzieży tożsamości.

WIZYTY TELEMEDYCZNE

- Telemedycyna jest praktyką medycyny, która obejmuje wykorzystanie łączności elektronicznej do diagnozowania lub leczenia pacjentów znajdujących się w Illinois, którzy znajdują się w różnych miejscach niż ich świadczeniodawcy ("Telemedycyna"). Telemedycyna umożliwia również świadczeniodawcom w różnych miejscach w Stanie Illinois udostępnianie indywidualnych informacji medycznych pacjenta w celu poprawy opieki nad pacjentem.
- Wykonując ten formularz, ja, jako przedstawiciel prawny pacjenta lub pacjenta, ("Pacjent") wyrażam zgodę na wykorzystanie technologii telemedycyny w trakcie mojego leczenia i upoważniam Edward-Elmhurst Health i jego zatrudnionych i/lub zakontraktowanych dostawców do świadczenia mi usług telemedycyny. Podpisując poniżej, rozumiem, że usługi telemedyczne nie zawsze zastępują wizyty osobiście i mają ograniczenia, ponieważ nie można wykonać żadnych egzaminów fizycznych. Potwierdzam również, że będę w Illinois, gdy takie usługi telemedyczne są wymagane.

GWARANCJA PŁATNOŚCI

- W związku z usługami zapewnianymi przez Edward Health Ventures na rzecz pacjenta zgadzam się: i) zagwarantować uiszczanie wszelkich opłat związanych z usługami zapewnianymi Pacjentowi; ii) bezterminowo przenieść na Edward Health Ventures wszelkie uprawnienia, tytuły i udziały w zwrocie kosztów opieki medycznej, przysługujące mi jako Pacjentowi, które są dostępne na pokrycie tych należności oraz iii) zatwierdzić wypłacanie tych korzyści bezpośrednio na rzecz Edward Health Ventures.
- Zgadzam się, że Edward Health Ventures nie ponosi odpowiedzialności za weryfikację, czy pacjent jest objęty ubezpieczeniem lub czy uzyskuje inne świadczenia, mogące służyć do opłacenia opieki lub usług świadczonych Pacjentowi, ani zakresu takich świadczeń uzyskiwanych przez Pacjenta.
- Zgadzam się ponosić pełną odpowiedzialność za wszelkie płatności i opłaty, jeśli nie będą one pokryte przez należne mi świadczenia.
- Edward Health Ventures świadczy wiele usług, zapewniających pomoc pacjentom nieposiadającym ubezpieczenia oraz pacjentom, którzy nie są w stanie ponieść kosztów opieki medycznej. Rozumiem, że wszelkie pytania dotyczące zasad udzielania pomocy finansowej przez Edward Health Ventures mogą zadać kierownikowi biura podczas rejestracji.

DOTYCZY PACJENTÓW MEDICARE

- Poświadczam, że wszelkie informacje, podane przez mnie jako Pacjenta lub Przedstawiciela pacjenta podczas składania wniosku o płatność przez Medicare, są prawidłowe.
- Upoważniam wszystkie osoby, będące w posiadaniu informacji medycznych lub innych informacji na temat Pacjenta, do udzielania firmie Medicare lub jej agentom wszelkich informacji niezbędnych w związku z tym lub pokrewnym wnioskiem medycznym.
- Wyrażam zgodę na wypłacanie świadczeń firmie Edward Health Ventures w imieniu Pacjenta.

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI NA TEMAT ZASAD OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

- Potwierdzam, że otrzymałem/am egzemplarz informacji na temat zasad ochrony danych osobowych przez grupę Edward. Informacje na temat polityki ochrony danych osobowych opisują możliwości wykorzystywania i ujawniania danych medycznych dotyczących Pacjenta przez Edward Health Ventures oraz prawa Pacjenta związane z tymi informacjami medycznymi.
- UJAWNIECIE INFORMACJI W CELU PŁATNOŚCI: Upoważniam Edward Health Ventures do ujawnienia wszelkich istotnych informacji o mnie, pochodzących z mojej dokumentacji, w tym informacje dotyczące HIV, wszystkim zewnętrznym płatnikom odpowiedzialnym za uiszczenie opłat, w tym firmom ubezpieczeniowym i planom świadczeń zdrowotnych. W przypadku braku chęci udostępnienia informacji dotyczących mojej wizyty firmie ubezpieczeniowej muszę podpisać dodatkowy formularz rezygnacji i rozumiem, że stanę się wtedy odpowiedzialny/odpowiedzialna za uiszczenie opłaty za wizytę.

**Proszę odwrócić stronę, aby zapoznać się z dodatkowymi informacjami i podpisać dokument Strona 2
Strona 1**

- **EPIC CARE EVERYWHERE:** Uczestniczymy w programie Epic Care Everywhere. Care Everywhere pozwala organizacjom opieki zdrowotnej, korzystającym z elektronicznej dokumentacji medycznej (EHR) Epic i innych systemów, udostępniać dokumentację medyczną za pośrednictwem bezpiecznych, szyfrowanych połączeń w celu umożliwienia Dostawcom dostępu do dokumentacji medycznej w trakcie leczenia. Care Everywhere daje lekarzowi prowadzącemu dostęp w czasie rzeczywistym do historii medycznej pacjenta, wcześniejszych diagnoz, wyników badań diagnostycznych (np. badania laboratoryjne, kardiologiczne i radiologiczne), leków, alergii, informacji o postępach i innych istotnych informacji medycznych bez konieczności czekania na przekazanie takiej dokumentacji z jednej placówki do drugiej. Udostępnimy dokumentację medyczną Pacjenta z Edward-Elmhurst Health, z wyłączeniem dokumentacji związanej z leczeniem zdrowia psychicznego lub behawioralnego, innym organizacjom opieki zdrowotnej za pośrednictwem Care Everywhere. W związku z PHI Pacjenci przysługują pewne prawa. Niniejsza sekcja wyjaśnia prawa Pacjenta i część naszych obowiązków w celu pomocy. Jeśli Pacjent nie chce, aby jego dokumentacja medyczna była udostępniana za pośrednictwem Care Everywhere, może skontaktować się z naszym działem ds. zarządzania informacjami medycznymi Edward-Elmhurst Health pod numerem telefonu 331-221-6990 i poprosić o wykonanie niezbędnych kroków w celu usunięcia z programu Care Everywhere.

****Potwierdzam, że w celu anulowania jakiegokolwiek wizyty należy poinformować o tym z 24-godzinnym wyprzedzeniem; w przeciwnym razie mogą zostać obciążony/-a opłatą w wysokości 40,00 USD za nieobecność.**

****Rozumiem, że obowiązek uiszczenia wszelkich współpłatności Pacjentów oraz nieuregulowanego salda powstaje z chwilą odbycia wizyty.**

Edward Health Ventures nie akceptuje jakichkolwiek modyfikacji lub zmian wprowadzanych do tego formularza przez Pacjentów.

Niniejszy formularz zgody i upoważnienia należy podpisywać za każdym razem przed skorzystaniem z usług placówki Edward Elmhurst świadczącej usługi bezpośrednio po urazie.

Jeśli korzystam z usług praktyki medycznej prowadzonej przez lekarza z Edward Health Ventures, niniejszy formularz zgody i upoważnienia będzie ważny przez okres 365 dni od daty złożenia pod nim mojego podpisu, o ile nie zostanie wcześniej przeze mnie odwołany lub jeśli okres jego obowiązywania nie zostanie skrócony zgodnie z obowiązującym prawem.

Przeczytałem/am cały niniejszy formularz i uzyskałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na wszelkie dotyczące jego pytania. Rozumiem i zgadzam się z jego treścią.

Imię i nazwisko Pacjenta: _____ Data urodzenia: _____
(drukowanymi literami)

Podpis Pacjenta lub Przedstawiciela Pacjenta
(rodzic, opiekun lub inny przedstawiciel)

Stopień pokrewieństwa

Data

Scan under Treatment Consent

