

**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.
- 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.

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.
- **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 zdrowia za pośrednictwem Care Everywhere. W związku z PHI Pacjentowi 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.

Proszę odwrócić stronę, by podpisać

Strona 1

Edward Health Ventures nie akceptuje jakichkolwiek modyfikacji lub zmian, wprowadzanych do tych informacji przez Pacjentów.

Niniejszy formularz zgody i upoważnienia obejmuje usługi świadczone na moją rzecz przez Edward Health Ventures przez okres 365 dni od daty złożenia poniższego podpisu, o ile nie zostanie wcześniej pisemnie przeze mnie odwołany lub jeśli okres jego obowiązywania nie zostanie skrócony zgodnie z odpowiednim 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
---	-----------------------	------