

治疗同意书

本同意书适用的地点和时间

我知道本同意书涵盖我将在Memorial Health门诊诊所(“Memorial”)接受的治疗和护理,既包括面对面就诊也包括远程医疗服务。

Memorial Health门诊诊所包括Decatur Memorial Medical Group、Memorial Behavioral Health、Memorial Care、Memorial Home Care、Memorial Home Hospice、Memorial Home Medical Supply和Memorial Medical Group。本同意书将涵盖在这些门诊诊所提供的所有服务和索赔处理。

治疗同意

我同意自己接受治疗和护理,或作为相关患者的法定监护人,我同意相关患者接受治疗和护理。

我知道我的护理和治疗可能包括以下任何服务:

- 紧急治疗或服务
- 病例管理
- 咨询或治疗
- 实验室检查
- 影像服务
- 内科或外科治疗或程序
- 拍摄照片
- 药物管理
- 根据Memorial医生的判断,可能被视为诊断、治疗、Memorial Health保健业务和/或付款所必需的或合理的其他常规医疗及诊断或技术程序。

我知道我的护理可能包括HIV检测。

如果我要拒绝检测,我必须告诉我的专业医护人员。如果我拒绝接受HIV检测,我仍将获得我需要且适合我的其他服务。

我知道Memorial的治疗和护理可能来自参加培训项目的医护人员。

这些医护人员可能包括住院医生、医学生和其他医疗保健学生。他们正在接受培训并获准提供医疗服务。他们可能对我进行问诊、检查或观察。他们还可能对我进行诊断测试或执行治疗程序。他们将在经验丰富的临床医生的监督下提供这些服务。我授权出于教育目的使用我的医疗记录。

我知道,对于可能具有重大风险的任何程序,我将被要求签署另一份同意书。我知道医学、外科手术和其他治疗不是精密科学。

我同意,对于我将接受的服务的结果,无人向我提供任何保证。这包括已完成的任何诊断、治疗、手术、测试或检查的结果。

我同意尽我所知提供任何要求我提供的信息。

这包括财务、家庭和病史信息。我也同意我已提供的信息真实、正确且完整。

我知道远程医疗实践是通过技术辅助媒体或其他电子方式,在位于两个不同地点的执业医师和患者之间提供临床医疗服务。

我知道远程医疗具有密切相关的风险、益处和后果,包括但不限于技术故障导致的传输中断。我知道任何一方都不会记录任何在线会话。我知道可能会确定远程医疗服务并不适合患者,需要更高水平的护理。

我知道我可以拒绝同意任何程序或治疗。

这包括任何医疗或外科手术或其他类型的治疗。

患者权利和责任

我已阅读Memorial关于患者权利和责任的政策。

我了解Memorial向所有人提供服务,不分种族、肤色、性别、国籍、血统、残疾、宗教、性取向或偏好、婚姻状况、父母身份、退伍军人身份、福利或工会活动权利,或任何其他在适用地方、州或联邦法律下受保护的身份证。

我知道保护我的个人财产是我的义务。

这包括我的眼镜、助听器、假牙、珠宝首饰、现金、信用卡、个人电子产品和其他贵重物品。我特此免除Memorial对这些贵重物品和个人物品的责任和义务。

当我的护理包括网络外提供者时

根据《患者公平收费法》(Fair Patient Billing Act):

- 我知道,我可能会收到与Memorial相关的医疗服务提供者开具的单独服务账单。
- 我被转介后去看诊的部分提供者可能不在Memorial所在的保险计划和网络中。
- 对于不属于我的保险计划的提供者提供的服务,我可能会承担更多费用。
- 如果我对福利和承保范围有疑问,我会询问我的保险计划。

我的护理的付款和费用

我同意为Memorial向我提供的所有服务和用品支付费用。

我明白,我将承担与我的治疗有关的任何和所有费用。出于好意,我了解Memorial将向我的主要和次要保险公司(由我告知Memorial)提交第三方保险索赔。我授权Memorial填写为从第三方付款人(包括Medicare和Medicaid)以及与我治疗有关的所有保险计划获得付款所需要的任何表格。我授权持有我的医疗记录或其他信息的任何机构向社会保障署或其中介机构或代办机构提供本次或相关Medicare申领所需的任何信息。我在此授权向Memorial支付保险金,并转让我在任何和所有医疗保单下应得的所有保险金,只要这些保险金是用于支付包括医生服务在内的相关费用。此外,我还在此将第三方付款人保单下的所有权利转让给Memorial,包括但不限于指定受益人、增加受抚养人资格、根据这些条款继续或签发个人保单的权利,以及任何保单、认购证书或其他健康福利赔偿协议下的所有福利,为Memorial所提供的服务付款。如果收到的付款导致本次就诊超额付款,我授权将多付款项用于支付我承担的任何未付Memorial账单。

我保证全额支付Memorial所提供服务的费用。除非与Memorial的授权代理人作出安排,否则付款应在服务之日起90天内全额支付。我同意允许Memorial或其代理人访问信用记录和我当前的信用评分,以了解未付账目和经济援助申请。

通过在此签署姓名首字母,我证明我的受伤与工作有关,并授权Memorial审查、复制和发布与治疗有关的任何和所有医疗记录。

我愿意承担与收取这些费用相关的任何费用。

这包括Memorial为收取任何欠款而产生的任何法庭费用、催收费和合理的律师费。我了解这些费用可能高达所催收欠款的50%,并且须在欠款之外支付这些费用,当我的账户转介至第三方收款人时,这些费用将要被评估和支付。我同意上述收款费用或律师费是收取任何未付余额的合理费用。我证明,据我所知,我为支付治疗费用而提供的信息完整且准确。

我知道,如果我对我的计划的承保范围有疑问,我可以咨询我的保险公司。

我知道,如果我对我的计划如何支付提供者诊所服务费用有疑问,我可以咨询我的雇主。

通过手机、短信或电子邮件与我联系

我同意在我的手机上接收相关电话和短信，并同意接收电子邮件。

我将在挂号时提供我的电话号码和电子邮件地址。向Memorial提供我的电话号码和电子邮件地址即表示，我了解我明确同意Memorial或其第三方承包商使用提供的电话号码和/或电子邮件地址通过电话、短信或电子邮件就付款和医疗保健相关事宜与我联系（包括通过自动电话拨号器），包括但不限于：

- 预约确认和提醒
- 一般健康提醒，例如流感疫苗、免疫接种
- 挂号说明
- 出院后随访
- 患者体验反馈
- 居家医疗保健说明
- 提供帐户服务
- 收取到期款项

我知道，我可以要求停止接收短信和自动消息。

我可以通过任何合理的方式取消这些消息。这包括亲自或通过电话取消（致电217-788-3186）。我可以“取消订阅”Memorial电子邮件。当我收到Memorial短信时，我也可以发送停止短信。我知道，Memorial不会向我收取这些联系的费用，但我可能需要支付手机套餐的标准短信和流量费。这些费用由我承担。

使用我的健康信息

我知道Memorial可能会记录我的健康信息。我在此同意，我已获悉并同意Memorial Health的隐私惯例。

Memorial可能会以不同的方式记录这些信息。这包括电子、影像、数字、音频和其他格式。我同意，Memorial可以出于内部、教学和医学教育目的以及Memorial Health隐私惯例声明中所述的其他原因收集和用于以电子方式对我的治疗开具处方（如适用）。我在此确认我已收到Memorial Health的隐私惯例声明并理解其内容。

我授权Memorial和任何可能对我进行治疗的医疗服务提供者向某些医疗机构发布我的任何和所有相关健康信息，包括高度受保护的健康信息。

我在此承认，此类发布可能包括遗传信息，并特此授权出于记账目的发布这些遗传信息。

签名

日期/时间

与患者的关系(如果不是患者)

见证人签名

日期/时间

投诉

Memorial希望每一位患者都能就诊顺利。

但如果您没有，请务必与我们分享您的问题。我们将采取适当的措施来解决这些问题。每位患者都有权就其就诊的任何方面提出投诉或问题，并期望得到及时的回应。这包括关于医疗、服务、病症和账单的问题。您可以通过书面形式或以面对面的方式分享您的问题。

如果您有意见、问题或疑虑，我们建议您或您的代表采取措施。

请与您的医护团队的成员讨论您的疑虑。或与为您提供护理服务的诊所的管理人员交谈。

如果您认为您的问题或疑虑未得到合理解决，您可以：

要求复核。使用下列信息，联系相关人员：

Memorial Behavioral Health
Attention: Compliance Officer
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-588-7538

Memorial Home Hospice
Attention: Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-876-4622

Memorial Care
Attention: Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-788-0006

Memorial Home Medical Supply
Attention: System Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-757-7103

Memorial Home Care
Attention: System Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-788-9337

我可以随时以书面形式撤销本同意书。

撤销本同意书不会改变在同意书生效期间已采取的行动。

如果患者是未成年人或无行为能力，则需要父母、监护人或近亲签署的医疗护理委托书。