

PATIENT CONSENT AND ACKNOWLEDGMENT — RUSSIAN ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Настоящее стандартное подтверждение и согласие пациента компании Lifespan используется при регистрации пациентов в любой больнице, которая аффилирована с компанией Lifespan (Ньюпорт, Род-Айленд и Мириам), их клиниках или учреждениях, где ведут практику группы врачей компании Lifespan ("организации, которые проводят лечение").

СОГЛАСИЕ НА ОСМОТР И ЛЕЧЕНИЕ - Я осознаю, что мне могут понадобиться осмотры, медицинские и диагностические процедуры, лекарства и, в некоторых случаях, дополнительные лечебные процедуры, связанные с диагностировкой и лечением моего заболевания. Я также осознаю, что в ходе такого осмотра или диагностировки могут браться образцы тканей и биологических жидкостей (например - кровь или моча) и что такие образцы также могут использоваться для диагностировки, обучения, улучшения качества и проведения научных или каких-либо других исследований. Я знаю о том, что во время моего лечения меня могут обследовать и лечить врачи и другой персонал, который проходит процесс обучения под наблюдением. Я также знаю о том, что для идентификационных целей или для создания документации о моем заболевании или лечении могут делаться фотографии, аудио- и видеозаписи, цифровые или иные изображения. Я настоящим выражаю свое согласие на проведение таких осмотров и процедур, входящих в комплекс моего лечения, которые лечащие меня медицинские работники ("лечащая группа") могут посчитать необходимыми.

Я осознаю то, что лечение не является точной наукой, и я подтверждаю тот факт, что мне не обещали никаких конкретных результатов, касающихся эффективности каких-либо процедур, лечения или осмотра. Я знаю о том, что у меня есть право отказаться от предоставления своего согласия на проведение каких-либо терапевтических или хирургических процедур. Я также осознаю то, что лечащая меня группа будет информировать меня о том, какой подход является наиболее обоснованным планом действий для моего заболевания, и что такой план действий будет отожествляться и осуществляться для удовлетворения моих интересов как пациента. Я осознаю то, что организация которая проводит лечение имеет право отказаться от проведения любой процедуры, если я или мой представитель(и) четко не выразили свое согласие на проведение ее. Я осознаю то, что если я не предоставлю (или назначенный мною представитель/представители не предоставят) свое согласие на выполнение рекомендуемой процедуры, в таком случае предоставленное лечение может оказаться частично или полностью неэффективным.

ПЕРЕДАЧА СТРАХОВЫХ ЛЬГОТ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОСТАВЩИКУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНФОРМАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ - Я знаю о том, что врачи, работающие в определенных организациях, которые проводят лечение, могут не быть штатными сотрудниками этой конкретной организации, находящейся в рамках компании Lifespan. Я настоящим разрешаю осуществлять оплату своих льгот по медицинской страховке непосредственно в соответствующую инстанцию компании Lifespan, а также любому врачу, который был нанят этой компанией для оказания услуг во время этой госпитализации или посещения больницы. Я знаю о том, что я обязан оплачивать счета, которые не оплачиваются моей страховой компанией, и я знаю о том, что я обязан выполнять условия контракта по моей медицинской страховке. Я знаю о том, что мне могут выставить отдельные счета за услуги по оказанию неотложной помощи, чтению рентгеновских снимков и других диагностических изображений, и что услуги некоторых врачей могут оплачиваться отдельно от услуг организации, которая будет проводить лечение.

РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ ПРОГРАММЫ "МЕДИКЕАР" - Если я охвачен действием страховки "Медикеар", я соглашаюсь с условиями принятия на стационар, которые описаны в настоящем договоре. Я подтверждаю, что я точно предоставил всю информацию, которая указана в моем заявлении на получение услуг по программе "Медикеар" (часть XVIII "Закона о социальном обеспечении"). Я прошу, чтобы оплата за любые предоставляемые мне соответствующие льготы по программе "Медикеар" производилась в пользу больницы или нанятых ею врачей. Любому лицу, которое обладает медицинской или иной информацией обо мне, я выдаю разрешение предоставлять в Центры услуг по программам "Медикеар" и "Медикейд" (CMS) и их представителям любую информацию, которая необходима для подтверждения наличия у меня права на получение указанных льгот по программе "Медикеар", или льгот по сопутствующим услугам.

ФИНАНСОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ - Я соглашаюсь с тем, что для обслуживания моего счета компанией Lifespan или для взыскания любых сумм, которые я должен заплатить, компания Lifespan имеет право связываться со мной по телефону, используя любой номер телефона указанный в моей учетной записи, включая номера мобильных телефонов, что может приводить к выставлению мне счета по ним. Методы контакта со мной могут включать использование записанных или искусственных голосовых сообщений и/или использование автоматического набора номера (в зависимости от обстоятельств).

Я предоставляю разрешение организации, которая будет проводить лечение, использовать любой непоплаченный кредитный баланс, который я могу иметь на своем счету, для удовлетворения (в максимально возможном размере) любого неуплаченного баланса(ов) на счету(ах), которые я могу иметь в другой(их) организации(ях), которые будут проводить лечение, до того, как будет оформлена мне какая-либо компенсация для пациента.

ЭЛЕКТРОННЫЕ КОММУНИКАЦИИ

Я соглашаюсь получать от компании Lifespan электронные сообщения административного характера. Способы передачи таких сообщений могут включать в себя электронную почту, текстовые сообщения, телефонные сообщения и другие средства электронной связи, которые могут появиться в будущем. Целью таких сообщений может быть, среди всего прочего, назначение на прием или напоминания о назначенном приеме, сообщения, касающиеся портала для пациентов MyLifespan, регистрации на программы, обследования, общие вопросы или проблемы с выставлением счетов и получением платежей. Соглашаясь на получение таких сообщений, я признаю тот факт, что конфиденциальность и безопасность электронных сообщений не может быть гарантирована, и что

те стороны, которым я предоставил электронные адреса или номера телефонов, могут узнать об отправке таких сообщений и могут иметь возможность получать доступ к моей личной информации о здоровье, используя информацию предоставленную в таких сообщениях.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ - Я подтверждаю то, что я прочитал вышеуказанные положения, которые были объяснены мне так, чтобы я их понял. Я подтверждаю, что я являюсь пациентом (родителем/опекуном пациента, или лицом, которого пациент соответствующим образом уполномочил быть своим представителем для изучения вышеуказанных положений и принятия их).

Если я зарегистрируюсь на (или в результате предоставляемого мне лечения пройду) цикл лечения от наркозависимости или алкоголизма, которые связаны с моим заболеванием, в какой-либо из нижеуказанных программ: "Caritas House" (в Больнице Брэдли), программа вмешательства "Batterers", "Eastman House" или "Pawtucket Addictions Counseling Services" (в системе "Gateway Healthcare") и/или Медицинском центре для лечения взрослого Сайка (в системе "Lifespan Physician Group Practice"), меня также просят расширить мое подтверждение и согласие на следующие заявления:

СОГЛАСИЕ НА ТО, ЧТО ПРОГРАММА LIFESPAN (42 CFR, ЧАСТЬ 2) МОЖЕТ РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О МОЕМ ЛЕЧЕНИИ ОТ НАРКОЗАВИСИМОСТИ/АЛКОГОЛИЗМА - Я соглашаюсь с тем, что программа Lifespan имеет право раскрывать любую информацию о выплатах, связанных с лечением зависимости (которая имеет отношение к основному заболеванию) и предоставлять данные включая, среди всего прочего, мой анамнез, диагноз, лекарственные препараты, лечение и другую подобную идентификационную информацию в мою медицинскую карточку LifeChart (электронную медицинскую документацию в Lifespan) и моим лечащим врачам и другим профессиональным работникам, которые имеют право получать доступ к моей медицинской карточке LifeChart, независимо от того, работают ли они в организации, аффилированной с системой Lifespan. Срок действия этого согласия будет истекать тогда, когда Lifespan (или организация-правопреемник) и LifeChart (или правопреемник этой электронной системы хранения медицинской документации) перестанут существовать. Я осведомлен о том, что я имею право аннулировать это согласие в письменной форме путем предоставления уведомления в программе(ы) Lifespan, где я получал, в какой-либо момент времени, лечение от наркомании или алкоголизма. Однако я также осведомлен о том, что я не могу аннулировать свое согласие на такое раскрытие информации, которое уже произошло на основании моего изначального согласия.

Я также осведомлен о том, что я имею право запросить список тех организаций, в которые программой (ами) Lifespan была направлена информация о лечении меня от наркомании или алкоголизма, на основании данного согласия. Я осведомлен о том, что мне предоставляется право на получение списка только тех организаций, которым информация раскрывалась лишь за последние два года, начиная с даты подачи мной своего запроса.

Подписывая внизу это письменное согласие я подтверждаю то, что я осознаю суть этого письменного согласия и что это означает то, что информация о моем лечении, которая защищена действием федеральных нормативных актов о защите частной информации 42 CFR, часть 2, может быть внесена в мою медицинскую карточку LifeChart и доступ к ней могут получить мои лечащие врачи и другие профессиональные работники.

Если я регистрируюсь (или в результате предоставляемого мне лечения стану) стационарным пациентом какого-либо из нижеуказанных учреждений: Больница Ньюпорта, Больница Род-Айленда или Больница Мириам, я также должен предоставить подтверждение и согласие на предоставление следующих заявлений:

ПРАВО НА ВЫДАЧУ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РАСПОРЯЖЕНИЙ - Мне предоставили письменную информацию о том, что у меня есть право принимать решения по медицинским вопросам и давать предварительные распоряжения (используя форму завещания или бессрочной доверенности по медицинским вопросам). Я знаю о том, что предоставление моей лечащей группе копии моего предварительного распоряжения это моя обязанность, и что невыполнение этого условия может означать то, что мои пожелания не будут известны моим поставщикам медицинских услуг. Я знаю о том, что с моим предварительным распоряжением будут обращаться с соответствующей осторожностью и конфиденциальностью, и что мне будут предоставлять одинаковое качество лечения, независимо от того, имеется ли у меня предварительное распоряжение.

ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ - Я знаю о том, что компания Lifespan не может нести ответственность за мои личные вещи. Я оставил дома свои ценности, или принимаю на себя риск утраты их, если я взял их с собой в больницу или аффилиат компании Lifespan.

ЭЛЕКТРОННЫЕ УСТРОЙСТВА ЛИЧНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ - Я знаю о том, что пациентам и/или посетителям запрещается использовать личные электронные устройства для создания или передачи фотографий, виде- или аудиозаписи пациентов, медицинских работников или сотрудников больницы.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАМЕР ВИДЕОНАБЛЮДЕНИЯ - Я знаю о том, что в определенных общественных местах больницы, включая некоторые места где находятся пациенты, установлены камеры видеонаблюдения.

Эта копия предоставляется вам только для информации; подписанный электронный оригинал копии находится в вашей медицинской документации.