

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

PN: \_\_\_\_\_

### 检查和治疗同意书

通过在下面签名，我同意 University Eye Center (“UEC”) 为我提供适当且医学上必要的眼科护理服务，包括常规诊断和治疗程序。如果需要更复杂和/或侵入性的治疗，我理解 UEC 将向我提供额外的信息，以便我可以对这些程序提供知情同意。我还理解，由于 UEC 是一个教学机构，住院医师和学生可能会在我的治疗临床医生或其他适当工作人员的指导下观察和/或协助我的护理。

我确认，UEC 提供的任何治疗或检查结果都没有向我作出任何保证。

我理解，可能会拍摄我的照片、视频或其他图像（统称为“图像”），并用于医学目的，例如记录或规划我的护理，以及用于教学或在科学期刊上发表。在任何可能识别您的图像发布或披露之前，我们将获得您的授权。

此同意书已向我充分解释，我确认我理解其内容。

签名By: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

患者或法定监护人签名

如果是法定监护人，请注明关系: \_\_\_\_\_

### 研究选择退出

我不希望就潜在的研究项目与我联系。

患者的首字母 \_\_\_\_\_

### 预先指示

您是否有一份预先指示文件，指定某人在您无法做出医疗决定时代表您做出决定? 是 否

解释: \_\_\_\_\_

### 收据确认

下面列出嘅通知包含你預約期間提供的患者指南中，並列喺The University Eye Center 網站上，網址為 <https://www.universityeyecenter.org/>。如果您有任何问题，请告知前台团队。

在下方签名，我确认已收到以下文件的副本:

- 隐私惯例通知，详细说明纽约州立大学视光学院的 UEC 如何使用和披露我的某些健康信息，以及我如何获取和控制这些信息。
- 患者权利和投诉程序；以及
- **UEC 保险和付款政策。**

患者签名 \_\_\_\_\_

### 档案上的签名 / 付款授权

我请求将本机构提供的所有服务的付款代表我支付给 University Eye Center (UEC)。我授权 UEC 向 Centers for Medicare and Medicaid (CMS) 及其代理人或任何其他保险公司提供确定这些福利或相关服务应付福利所需的任何信息。我允许使用此授权的副本代替原件。我理解我的签名将作为释放必要的医疗信息以支付索赔的终身授权。如果在 CMS 1500 表格的第9项或其他批准的索赔表格上的其他地方指明了另一家保险公司，我的签名授权将信息释放给所示的保险公司或机构。

我也明白:

- 如果我的保险公司要求转诊/授权，而在服务时不可用，我将对所提供服务的全部费用负责。
- 我负责所有不在我的保险福利范围内的费用，包括验光费用。
- 我已收到 UEC 的保险和付款政策副本，并同意遵守这些政策。

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_