

Name: _____ DOB: _____ PN: _____

Согласие на обследование и лечение

Подписываясь ниже, я даю свое согласие на предоставление мне University Eye Center (UEC) соответствующих и медицински необходимых услуг по уходу за глазами, включая рутинные диагностические и лечебные процедуры. В той мере, в какой требуется более сложное и/или инвазивное лечение, я понимаю, что UEC предоставит мне дополнительную информацию, чтобы я мог дать информированное согласие на такие процедуры. Я также понимаю, что, поскольку UEC является учебным заведением, резиденты и студенты могут наблюдать и/или помогать в моем уходе под руководством моего лечащего врача или других соответствующих сотрудников

Я подтверждаю, что мне не были даны никакие гарантии относительно результатов любого лечения или обследования, предоставленного UEC.

Я понимаю, что фотографии, видео или другие изображения (совместно «изображения») могут быть сделаны и использованы в медицинских целях, таких как документирование или планирование моего ухода, а также для обучения или публикации в научном журнале. Мы получим ваше разрешение перед любой публикацией или раскрытием изображений, которые могут вас идентифицировать.

Это согласие было полностью объяснено мне, и я подтверждаю, что понимаю его содержание.

Подпись: _____ Дата: _____

Подпись пациента или законного представителя

Если законный представитель, укажите отношение: _____

Отказ от участия в исследованиях

Я НЕ желаю, чтобы со мной связывались по поводу потенциальных исследований. **Инициалы пациента** _____

Предварительные распоряжения

У вас есть документ о предварительном распоряжении, в котором указано лицо, уполномоченное принимать решения о вашем медицинском обслуживании от вашего имени? Да Нет

Объясните: _____

Подтверждение получения

Уведомления, перечисленные ниже, включены в Patient Guide, который предоставляется во время вашего приема, и перечислены на веб-сайте University Eye Center по адресу <https://www.universityeyecenter.org/>. Пожалуйста, сообщите команде на стойке регистрации, если у вас есть какие-либо вопросы.

Инициалами ниже я подтверждаю, что мне была предоставлена копия:

- Уведомление о правилах конфиденциальности, которое подробно описывает, как определенная информация о моем здоровье может быть использована и раскрыта University Eye Center Государственного университета Нью-Йорка, Колледжа оптометрии, и как я могу получить доступ к этой информации и контролировать ее.
- Права пациента и процедуры подачи жалоб; и
- Полисы страхования и оплаты University Eye Center.

Инициалы пациента _____

Signature on File / Payment Authorization

Я прошу, чтобы оплата за все услуги, предоставленные этим учреждением, была произведена от моего имени в University Eye Center (UEC). Я разрешаю UEC передавать в Центры Medicare и Medicaid (CMS) и их агентам или любому другому страховщику любую информацию, необходимую для определения этих льгот или льгот, подлежащих выплате за связанные услуги. Я разрешаю использовать копию этого разрешения вместо оригинала. Я понимаю, что моя подпись будет служить пожизненным разрешением на передачу медицинской информации, необходимой для оплаты претензии. Если другой страховщик указан в пункте 9 формы CMS 1500 или в другом месте на других утвержденных формах претензий, моя подпись разрешает передачу информации указанному страховщику или агентству.

Я также понимаю, что:

- Если моя страховая компания требует направление/разрешение, которое недоступно на момент оказания услуги, я буду нести финансовую ответственность за всю стоимость оказанных услуг.
- Я несу ответственность за все расходы, не покрываемые моими страховыми льготами, включая стоимость рефракции.
- Мне была предоставлена копия страховых и платежных политик UEC, и я согласен соблюдать эти политики.

Подпись: _____ Дата: _____