

# Згода на лікування у рамках програми охорони здоров'я округу Клакамас

Ім'я пацієнта \_\_\_\_\_

## Згода на лікування

Я надаю дозвіл медсестрам, громадським медичним працівникам та співробітникам служби охорони здоров'я округу Клакамас надавати послуги відвідування вдома мені та/або моїй дитині. Я даю згоду на всі втручання, включаючи, але не обмежуючись, координацію догляду, оцінки фізичного стану, психологічні обстеження, навчання, напрямки до фахівців та сестринські втручання відповідно до обсягу діяльності Медсестринського догляду на дому.

Я дозволяю службі охорони здоров'я округу Клакамас документувати мої візити в системі медичних карток ONCIN EPIC. Крім того, я надаю дозвіл ССРН на збір даних відповідно до вимог Управління охорони здоров'я штату Орегон та надсилання цих даних до бази даних «Відстеження ефективності відвідувань на дому в штаті Орегон» (THEO).

Я розумію, що маю право на інформацію про те, які обстеження, навчання, координація та скерування проводяться від мого імені та/або від імені моєї дитини.

Я розумію, що можу припинити участь, коли захочу.

## Дозвіл напроплату

Я розумію, що послуги будуть надані незалежно від того, чи маю я медичну страховку.

Цим я дозволяю і прошу, щоб оплата послуг за програмами Medicare, Medicaid та/або іншим страховим планам або платникам здійснювалася від мого імені до служби охорони здоров'я округу Клакамас. Цим я передаю всі платежі за послуги з лікування у службу охорони здоров'я округу Клакамас.

Я дозволяю службі охорони здоров'я округу Клакамас надавати моїм страховим компаніям всю інформацію, необхідну для опрацювання страхових претензій. Я дозволяю, щоб будь-які платежі від моїх страхових компаній були сплачені безпосередньо до служби охорони здоров'я округу Клакамас.

Я уповноважую службу охорони здоров'я округу Клакамас надавати страховим компаніям будь-яку інформацію про лікування, необхідну для обробки моїх претензій.

## Повідомлення про політику конфіденційності та інші роздаткові матеріали

Я отримав Повідомлення про політику конфіденційності округу Клакамас та інформацію про мої права та обов'язки, процес подання скарг, конфіденційність, ризики та переваги лікування, а також варіанти послуг, що пропонуються службою охорони здоров'я округу Клакамас.

\_\_\_\_\_  
Підпис пацієнта/представника пацієнта

\_\_\_\_\_  
Ім'я пацієнта/представника пацієнта друкованими літерами

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Відносини представника з пацієнтом

Відповідно до закону штату Орегон

Неповнолітня особа будь-якого віку може без повідомлення своїх батьків або опікуна дати згоду на отримання послуг з питань контролю за народжуваністю або лікування інфекції, що передається статевим шляхом. Неповнолітня особа віком від 14 років може дати згоду на лікування психічного здоров'я або наркологічної залежності без повідомлення батьків або опікуна.

Неповнолітня особа віком від 15 років може дати згоду на медичне лікування, не повідомляючи своїх батьків або опікуна. ORS 109.610, 109.640, 109.675