ІНІЦІЮВАННЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

ЧАСТИНА I. ЗГОДА НА ВЗАЄМОВІДНОСИНИ МІЖ КЛІЄНТОМ І ПОСТАЧАЛЬНИКОМ ПОСЛУГ

Прізвище та ім'я клієнта: _____

Назва агентства: _____

Адреса агентства: _____

Я даю згоду на вступ у взаємовідносини «клієнт – постачальник послуг». Я даю дозвіл співробітникам Міністерства охорони здоров'я та його представникам на надання стандартного медичного обслуговування. Я розумію, що стандартне медичне обслуговування є конфіденційним і добровільним, і може передбачати візити до медичного закладу, включно зотриманням даних анамнезу захворювання, проведенням обстеження, оцінки, введенням лікарських препаратів, проведенням лабораторних аналізів та (або) нескладних процедур. Я можу припинити ці взаємовідносини в будь-який час.

_____ Поставивши свої ініціали в цьому рядку, я підтверджую, що мені надали Інформаційний листок щодо інформованої згоди на використання телемедицини, і що я даю згоду на надання деяких послуг з використанням телемедицини. Я можу відкликати свою згоду в будь-який час, припинивши використання послуг телемедицини, і це не вплине на моє право на медичне обслуговування або лікування в майбутньому.

ЧАСТИНА II. РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ЗГОДИ (лише для цілей лікування, проведення оплати або здійснення діяльності в галузі охорони здоров'я)

Я даю згоду на використання та розкриття інформації про моє здоров'я, що включає медичну, стоматологічну інформацію, інформацію про ВІЛ/СНІД, ЗПСШ, ТБ, запобігання зловживанню психоактивними речовинами, психіатричну/психологічну та медичну допомогу, для лікування, проведення оплати та здійснення діяльності в галузі охорони здоров'я. Крім того, я даю згоду на передачу моєї медичної інформації для Обміну медичною інформацією(Health Information Exchange, HIE) ,що дозволяє доступ до неї кабінетів лікарів ,лікарень, координаторів з надання догляду, лабораторій, радіологічних центрів та інших медичних працівників, що беруть участь у цій програмі обміну медичною інформацією, за допомогою безпечних електронних засобів. Якщо Ви вирішите не передавати свою інформацію в HIE, Ви можете відмовитися від такої передачі, подавши запит і підписавши форму відмови від участі в HIE.

ЧАСТИНА III. СЕРТИФІКАЦІЯ, ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ ТА ЗАПИТ НА ОПЛАТУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ MEDICARE (МЕДІКЕР) (стосується лише клієнтів Medicare)

Як клієнт/представник, що поставив свій підпис нижче, я підтверджую, що інформація, надана мною під час подання заявки на оплату відповідно до Розділу XVIII Закону про соціальне забезпечення, є правильною. Я дозволяю вищезазначеному агентству передавати мою медичну інформацію Адміністрації соціального забезпечення або її посередникам/операторам у зв'язку з цією або пов'язаною заявою за програмою Medicare. Я прошу здійснити виплату затверджених компенсацій від мого імені. Я покладаю виплату компенсацій за послуги лікаря на вищезгадане агентство та уповноважую його подати заявку в Medicare на оплату.

ЧАСТИНА IV. ПРИЗНАЧЕННЯ ВИПЛАТ(стосується лише сторонніх платників)

Як клієнт/представник, що поставив свій підпис нижче, я передаю вищезгаданому агентству всі виплати, передбачені будь-яким планом медичного обслуговування або полісом медичного страхування. Сума таких виплат не повинна перевищувати медичні витрати, встановлені затвердженим тарифом винагород за надання послуг. Усі платежі відповідно до цього пункту повинні здійснюватися вищезазначеному агентству. Я несу особисту відповідальність за витрати, не передбачені цим дорученням.

ЧАСТИНА V. ЗБІР, ВИКОРИСТАННЯ АБО РОЗКРИТТЯ НОМЕРА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

(Це повідомлення надається відповідно до Розділу 119.071(5)(a), Збірника законів штату Флорида.)
Для програм охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я штату Флорида може отримувати Ваш номер соціального страхування для ідентифікації та виставлення рахунків, як це дозволено у підрозділах 119.071(5)(a)2.a. та 119.071(5)(a)6. Збірника законів штату Флорида. Своїм підписом нижче я даю згоду на збір, використання або розкриття мого номера соціального страхування лише з метою ідентифікації та виставлення рахунків. Він не буде використовуватися для жодних інших цілей. Я розумію, що отримання номерів соціального страхування Міністерством охорони здоров'я штату Флорида є обов'язковим для виконання обов'язків та повноважень, передбачених законом.

ЧАСТИНА VI. МІЙ ПІДПИС НИЖЧЕ ПІДТВЕРДЖУЄ ВИЩЕВКАЗАНУ ІНФОРМАЦІЮ ТА ОТРИМАННЯ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПРАВА НА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

_____	_____	_____
Підпис клієнта/представника	Власні взаємовідносини або взаємовідносини представника з клієнтом	Дата
_____	_____	
Свідок (необов'язково)	Дата	

ЧАСТИНА VII. ВІДКЛИКАННЯ ЗГОДИ

Я, _____, ВІДКЛИКАЮ ЦЮ ЗГОДУ, що набрала чинності з _____
Підпис клієнта/представника Дата