RUSSIAN HIPAA

Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC

Согласие пациента и подтверждение ознакомления с мерами обеспечения конфиденциальности для использования и/или передачи защищенной медицинской информации в целях лечения, осуществления платежей и выполнения других действий, связанных с предоставлением медицинских услуг

Я, <Patient name>, настоящим заявляю, что, подписывая эту Форму согласия, я подтверждаю изложенное ниже и даю на это свое согласие:

1. До подписания мной этого согласия мне было предоставлено Уведомление о мерах обеспечения конфиденциальности (далее «Уведомление о конфиденциальности») Медицинского центра гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC (далее «Центр»). В Уведомлении о конфиденциальности содержится описание допустимых способов использования и/или передачи Центром моей защищенной медицинской информации (ЗМИ). Я понимаю, что позднее могу получить копию Уведомления о конфиденциальности по моей просьбе. Сотрудники Центра рекомендовали мне внимательно ознакомиться с Уведомлением о конфиденциальности перед подписанием этой Формы согласия. Центр оставляет за собой право вносить изменения в свои правила обеспечения конфиденциальности, изложенные в Уведомлении о конфиденциальности, в соответствии с действующим законодательством.

2. Я понимаю и даю согласие на то, что Центр будет напоминать мне о предстоящих приемах у врача следующим образом:
   a. в виде открытки по почте на указанный мною адрес и/или
   b. по моему домашнему телефону, в том числе в виде сообщения на автоответчике.

3. Я понимаю, что если я не подпишу эту Форму согласия на использование и передачу информации в порядке, описанном в Уведомлении о конфиденциальности, то Центр откажет мне в лечении.

Я прочитал(а) и понял(а) изложенное выше заявление и получил(а) исчерпывающие и понятные для меня ответы на все мои вопросы.

Подпись_пациента или законного представителя
X <Patient_Sig>

Подпись_свидетеля
X <Witness_Sig>

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ ЦЕНТРА

Невозможность получить подтверждение

Заполняется только при отсутствии подписи. Если получить подтверждение пациента не представляется возможным, опишите действия, которые были в разумной мере предприняты для его получения, а также причины, по которым подтверждение получено не было:

_____
_____
_____
_____

Finan. Resp.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Наш Центр является амбулаторным хирургическим центром, специально предназначенным для гастроэнтерологической практики. Никакие другие медицинские процедуры здесь не выполняются. Миссия Центра заключается в предоставлении качественной медицинской помощи в специализированных амбулаторных условиях, и мы стремимся предоставить каждому пациенту наилучшее обслуживание и уделить каждому персональное внимание.

Вам следует знать, что некоторые из врачей, выполняющих процедуры, могут являться совладельцами этого центра и иметь прямую финансовую заинтересованность в его прибыльности.

Для обеспечения понимания нашими пациентами их финансовой ответственности и наших правил оплаты услуг мы просим Вас уделить несколько минут и ознакомиться с предлагаемым Вашему вниманию документом, а также задать все возникшие у Вас вопросы нашему представителю, ответственному за выставление счетов.

1. Плата, которую мы взимаем за наши услуги, покрывает непрофессиональный компонент Вашей процедуры, также известный как «технический счет» или «счет учреждения», который включает расходы на работу нашего учреждения, в том числе оборудование, персонал, аренду, расходные материалы и т.п. Вы также получите отдельный счет от своего врача за его профессиональные услуги, услуги анестезиолога, и, возможно, за услуги лаборатории по проведению анализов на предмет выявления отклонений от нормы. Наше учреждение, лаборатория, анестезиолог и практикующий врач являются отдельными юридическими единицами, каждая из которых предоставляет отдельные, присущие ей услуги.

2. Для удобства пациентов страховые претензии будут подаваться от имени пациента в страховую компанию, указанную во время регистрации, при условии, что у нас будет полное название и адрес страховой компании, имя и фамилия застрахованного лица, его номер социального страхования и дата рождения, а также номер группы страхования и любые другие необходимые предварительные согласования для проведения процедуры.

3. Мы рассчитываем, что все необходимые доплаты будут осуществляться в момент предоставления услуги или в соответствии с условиями договора между пациентом, страховой компанией и нашим центром. Мы оставляем за собой право взимать доплаты, суммы нестрахуемого минимума (франшизы) и совместного страхования после получения соответствующего уведомления от страховой компании.

4. Некоторые страховые компании требуют предварительной сертификации, предварительного разрешения или письменного направления. Пациент должен понимать требования своей программы медицинского страхования и обеспечить получение надлежащего разрешения по крайней мере за 3 дня до даты предоставления услуги. Невыполнение этого условия может привести к отказу в удовлетворении страховой претензии со стороны страховой компании. Если Ваша страховая компания откажет Вам в удовлетворении страховой претензии или задержит компенсацию, Вам, возможно, придется в конечном итоге полностью уплатить по счету.

5. Если у Вас есть какие-либо вопросы относительно суммы, предъявленной к оплате, свяжитесь с нашим отделом по выставлению счетов, чтобы обсудить свой счет. В случае неоплаты услуг мы обратимся к стороннему агентству по сбору платежей, что может повлиять на Вашу кредитную историю. Издержки на получение юридической помощи и затраты на услуги агентства, понесенные с целью взыскания просроченной задолженности, относятся на счет пациента.

Пациент предоставил предварительные медицинские указания <AD>

Предварительные медицинские указания пациента, предоставленные Центру и включенные в медицинскую карту пациента <CHART>

Центр предоставил пациенту информацию о предварительных медицинских указаниях.

До начала проведения процедуры пациент получил брошюру с изложением его прав и обязанностей, а также правил учреждения относительно предварительных медицинских указаний.

Разрешение на передачу информации: настоящим я даю разрешение **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC** на передачу любой информации, необходимой для выставления и обработки счетов за оказанные мне услуги.

Распределение страховых выплат: настоящим я даю разрешение на предоставление **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC** страховых выплат, в противном случае выплачиваемых мне, за данную услугу. Оплата, предоставляемая **медицинскому центру гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC**, не должна превышать остаток задолженности за оказанные услуги.

Я прочитал(а) вышеизложенное, понимаю и соглашаюсь с условиями, изложенными в настоящем Подтверждении финансовой ответственности. Я понимаю, что несу материальную ответственность перед Центром за суммы, не предусмотренные данным распределением страховых выплат.

Name **Имя и фамилия пациента (печатными буквами):** _____

Sign. **Подпись пациента:** _____

Наклейка для пациента

Sig. **Представитель Центра:** _____

Proced.

Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC — информированное согласие на прохождение процедуры эндоскопии

Объяснение процедуры

Непосредственная визуализация желудочно-кишечного тракта при помощи приборов с освещением называется гастроинтестинальной эндоскопией. Ваш врач рекомендовал Вам пройти такое обследование. Представленная ниже информация предназначена для того, чтобы помочь Вам понять причины и возможные риски этих процедур.

Во время обследования слизистая оболочка Вашего пищеварительного тракта будет тщательно проверена и, возможно, сфотографирована. В случае обнаружения или подозрения на отклонения от нормы у Вас могут взять маленький образец ткани (биопсия) или соскоблить образец слизистой оболочки (щеточная биопсия). Эти образцы направляются для лабораторного исследования на предмет наличия аномальных клеток. В случае обнаружения небольших наростов (полипов) они могут быть удалены.

Чтобы Вы не испытывали дискомфорта во время процедуры, врач-анестезиолог или сертифицированная медсестра-анестезиолог введет Вам, в соответствии с Вашим согласием на проведение анестезии, лекарственное средство для достижения глубокой седации, т.е. сноподобного состояния.

Если услугами анестезиолога пользоваться не будут, Ваш врач может ввести Вам лекарственное средство умеренного действия для достижения седации при сохраненном сознании.

Краткое описание процедуры эндоскопии

1. **ЭГД (эзофагогастродуоденоскопия):** исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Если врач сочтет это необходимым, могут быть взяты образцы тканей (биоптаты). В случае обнаружения активного кровотечения могут быть приняты дополнительные меры для свертывания крови посредством воздействия тепла, приема лекарственных средств или использования механических зажимов.
2. **Расширение пищевода**: для растягивания узких участков пищевода используются расширяющие трубки, или баллоны.
3. **Гибкая сигмоидоскопия**: осмотр заднего прохода, прямой кишки и левой части толстой кишки, как правило, на глубину 60 см.
4. **Колоноскопия**: полный или частичный осмотр толстой кишки. Пожилые пациенты и лица с обширным дивертикулезом более склонны к осложнениям. Полипэктомия (удаление мелких наростов, именуемых полипами) выполняется, при необходимости, с использованием проволочной петли и электрического тока. В случае обнаружения активного кровотечения могут быть приняты дополнительные меры для свертывания крови посредством воздействия тепла, приема лекарственных средств или использования механических зажимов.

Врач, проводящий разъяснение процедуры:

Основные риски и осложнения при гастроинтестинальной (т.е. желудочно-кишечной) эндоскопии

Гастроинтестинальная эндоскопия является, как правило, процедурой низкого риска. Тем не менее, возможны все из перечисленных ниже осложнений. По Вашему желанию Ваш врач обсудит с Вами частоту их возникновения, конкретно опираясь на Ваши индивидуальные показания для гастроинтестинальной эндоскопии. ***ЕСЛИ У ВАС ЕЩЕ ЕСТЬ ВОПРОСЫ ПО ПОВОДУ ВАШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАДАТЬ ИХ СВОЕМУ ВРАЧУ.***

1. **Перфорация**: прохождение инструмента может привести к повреждению стенки желудочно-кишечного тракта с возможной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта в полость тела. В этому случае обычно требуется хирургическое вмешательство для закрытия утечки и/или дренажирования ее области. В случае, когда требуется операция, существует риск необходимости в установке постоянной колостомы
2. Кровотечение: если возникает кровотечение, оно является, как правило, осложнением при биопсии, полипэктомии или дилатации (растяжении). Такое осложнение может контролироваться только путем тщательного наблюдения, или же для остановки кровотечения может потребоваться переливание препаратов крови, повторная эндоскопия или хирургическое вмешательство.
3. **Постинъекционное воспаление вены (флебит)**: препараты, используемые для седации, могут раздражать вену, в которую их вводят. Это может вызвать красный, болезненный отек вены и окружающих тканей, а в месте инъекции может быть занесена инфекция. неприятные ощущения в месте инъекции могут сохраняться в течение нескольких недель или нескольких месяцев.
4. **К другим рискам относятся, среди прочих, следующие**: риск необнаружения очагов заболевания или полипов, синдром жжения после полипэктомии, реакция на лекарственные препараты и осложнения других существующих заболеваний. Поломка прибора и смерть случаются крайне редко, но все же гипотетически возможны. ***ВЫ ДОЛЖНЫ СООБЩИТЬ СВОЕМУ ВРАЧУ О ВСЕХ ВАШИХ ТЕНДЕНЦИЯХ ОТНОСИТЕЛЬНО АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И ПРОБЛЕМАХ СО ЗДОРОВЬЕМ.***

Альтернативы гастроинтестинальной эндоскопии

Несмотря на то, что гастроинтестинальная эндоскопия является в высшей степени безопасным и эффективным способом обследования желудочно-кишечного тракта, она не обеспечивает точный диагноз на 100 процентов. В небольшой доле случаев установить диагноз не представляется возможным или устанавливается ошибочный диагноз. В качестве альтернативы возможны другие диагностические или терапевтические процедуры, такие как медикаментозное лечение, рентген или хирургическое вмешательство. Еще одним вариантом может быть отказ от любой диагностики и/или лечения. Ваш врач всегда будет готов обсудить эти варианты с Вами.

DR X Подпись_врача

Я даю согласие на фотографирование в ходе процедуры с целью содействия моему лечению и для использования ради прогресса медицинского образования, а также на присутствие наблюдателя во время процедуры с целью оказания помощи или предоставления консультационных услуг врачу. Я подтверждаю, что мне понятна информация о гастроинтестинальной эндоскопии и умеренной седации при сохранении сознания. Меня полностью информировали о рисках, преимуществах, ограничениях, альтернативах и возможных осложнениях проводимой для меня процедуры и анестезии.

Я подтверждаю, что мне рекомендовали воздержаться от управления автомобилем в течение 24 (двадцати четырех) часов после окончания процедуры. Я также понимаю, что в случае остановки сердца или дыхания или другой опасной для жизни ситуации во время моего пребывания в Центре, сотрудники Центра предпримут необходимые спасательные меры, пока меня не переведут в больницу (в случае необходимости), и что мои предварительные медицинские указания не будут выполняться Центром. Я даю согласие на любое медикаментозное лечение, которое будет сочтено необходимым, включая переход на более высокий уровень медицинской помощи.

Я даю согласие на забор и анализ крови в случае, если кто-либо случайно подвергнется воздействию моих биологических жидкостей. Результаты этих анализов останутся строго конфиденциальными, за исключением случаев, предусмотренных законом.
Я даю согласие на просмотр моей медицинской документации коллегами моего врача с целью получения информации о предоставлении мне медицинской помощи.

Я ознакомился(-лась) с этим документом и мне понятно его содержание. Мне была предоставлена возможность задать моему врачу вопросы, и на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы. Я знаю, что имею право на получение независимой консультации с другим врачом.

Настоящим я даю разрешение <Performing MD> и назначенному им по своему усмотрению помощнику выполнить следующие действия: **<Scheduled Procedures>**

В случае возникновения какого-либо непредвиденного болезненного состояния во время процедуры, которое требует, по мнению врача, проведения дополнительных процедур, лечения или хирургического вмешательства, я разрешаю врачу поступать так, как он считает нужным. Я отдаю себе отчет в том, что медицинская или хирургическая практика не является точной наукой. Я подтверждаю, что мне не было предоставлено никаких гарантий в отношении результата данной процедуры. Если возникнут какие-либо подозрения относительно беременности, я соглашусь на проведение анализа мочи на беременность перед выполнением процедуры.

P+ Sig. Подпись_пациента или законного представителя _____ Relationship Кем приходится пациенту _____

Wit. Sig. Подпись свидетеля _____ Дата: _____ Date Время: _____ Time

Anes.

Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC

Согласие на услуги, связанные с анестезией

Я подтверждаю, что мой врач объяснил, что мне предстоит прохождение процедуры. Я также понимаю, что для выполнения врачом процедуры необходимы услуги, связанные с анестезией. Мне объяснили, что все виды анестезии связаны с определенным риском, и в результате анестезии могут иметь место, хотя и редко, тяжелые осложнения, к которым относятся, среди прочего, инфекции, кровотечения, реакции на лекарства, образование тромбов, потеря чувствительности, нарушение функции конечностей, паралич, инсульт, повреждение головного мозга, нарушение сердечного ритма, инфаркт миокарда, легочные осложнения или смерть. Я понимаю, что эти риски применимы ко всем видам анестезии, а дополнительные или специфические риски объяснены и определены ниже. Я понимаю, что виды услуг анестезиолога, отмеченные ниже, будут предоставляться в ходе проводимой мне процедуры и что применяемые методы будут определяться многими факторами, в том числе моим физическим состоянием, типом выполняемой процедуры, а также моими собственными предпочтениями и предпочтениями моего врача.

Предоставляемые методы анестезии:

	Анестезиологическое сопровождение (*без седации*)	Ожидаемые результаты	Никаких изменений в сознании или психическом состоянии
		Методика	Мониторинг показателей жизненно важных функций организма
		Риски	Возможный дискомфорт, связанный с процедурой
	Анестезиологическое сопровождение (*с седацией*)	Ожидаемые результаты	Снижение уровня тревоги и боли, частичная или полная амнезия
		Методика	Препарат вводят в кровоток или другими путями, что вызывает полубессознательное состояние
		Риски	Аллергические реакции на лекарственные препараты, травмы зубов, осознание хода процедуры, повреждение кровеносных сосудов, угнетенное дыхание.

Настоящим я даю согласие на услуги, связанные с анестезией, а также даю разрешение на их предоставление анестезиологом. Я подтверждаю, что прочитал(а) эту форму, что понимаю характер, преимущества, риски, альтернативы и ожидаемые результаты услуг,

связанных с анестезией, и что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и взвесить свое решение.

Date: **Дата** _____ Time: **Время:** _____

Pt. Sign. **Подпись пациента / представителя**_____ Relationship. **Кем приходится пациенту** _____

Wit. Sign. **Подпись свидетеля**_____

Dr. Sign. **Подпись врача**_____