

Информация для пациента

Имя:

Фамилия:

Дата рождения: ____/____/____ Адрес:

Город:

Штат: Почтовый индекс: Пол: М Ж

Домашний телефон: Мобильный телефон:

Номер социальной страховки:

Адрес электронной почты:

Отметьте соответственно (личная информация о состоянии здоровья)

На сегодня вам назначен прием у следующих врачей:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доктор А. Эли Габайан (Dr. A. Eli Gabayan) | <input type="checkbox"/> Доктор Патрисиа Гордон (Dr. Patricia Gordon) |
| <input type="checkbox"/> Доктор Линни Чеп (Dr. Linnea Chap) | <input type="checkbox"/> Доктор Стивен О'Дэй (Dr. Steven O' Day) |
| <input type="checkbox"/> Доктор Дженнифер Лэнг (Dr. Jennifer Lang) | <input type="checkbox"/> ДЭВИД П.ВУ (DAVID P. WU), |
| <input type="checkbox"/> Доктор Ари Габайан (Dr. Ari Gabayan) | |

Причина вашего сегодняшнего визита:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вы являетесь новым пациентом и нуждаетесь в консультации. | <input type="checkbox"/> Последующее наблюдение | <input type="checkbox"/> Анализ крови |
| | <input type="checkbox"/> Инъекционная процедура | <input type="checkbox"/> Процедура визуализации |
| | | <input type="checkbox"/> Лучевая терапия |

Как вы узнали об Онкологическом центре Беверли-Хиллз?

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Направляющий врач | <input type="checkbox"/> Санитарно-просветительная | <input type="checkbox"/> Реклама |
| <input type="checkbox"/> Семья или друг | <input type="checkbox"/> благотворительная ярмарка | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Интернет | | |

Имя направившего лица или информация о рекламе:

СОГЛАСНО ГОСУДАРСТВЕННЫМ И ПОЛОЖЕНИЯМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ШТАТА КАЛИФОРНИЯ, ЛЕЧАЩИЕ ВРАЧИ ДОЛЖНЫ ТРЕБОВАТЬ ОТ ПАЦИЕНТА И ДОКУМЕНТИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ.

Раса:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Азиат (Индия, Пакистан) | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Коренной американец | <input type="checkbox"/> Белый |
| <input type="checkbox"/> Чернокожий | <input type="checkbox"/> Гаваец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Испанец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Отказаться от ответа |
| <input type="checkbox"/> Японец | | | |

Этническая принадлежность:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Испанец или латиноамериканец | <input type="checkbox"/> Отказаться от ответа |
| <input type="checkbox"/> Не испанец или латиноамериканец | |

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК

Работодатель:

Рабочий телефон:

Адрес работодателя:

Контактная информация родственника или друга:

На случай если сотрудники нашего офиса не смогут связаться с вами, укажите "Да" или "Нет" для родственника или друга, которому мы можем передать частичную или полную информацию о вашем состоянии здоровья.

1) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет

2) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет

3) Имя: _____ Отношение: _____ Телефон: _____ Да Нет

Возмещение страховой компанией понесенных расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги, а также подтверждение этой операции.

Нижеподписавшийся, будь то агент или пациент, дает разрешение на осуществление выплаты страхового возмещения от своего имени непосредственно Онкологическому центру Беверли-Хиллз за оказанные им услуги. Нижеподписавшийся осознает, что несет финансовую ответственность за расходы, не полностью покрытые страховкой. Сообщаем вам о том, что ваша страховая компания может отказаться от покрытия расходов по многим причинам. В зависимости от вашего плана лечения, ваша страховая компания может отказаться от покрытия расходов, а также может переложить на вас ответственность за покрытие части этих расходов. Мы не можем предоставить вам более определенную информацию до тех пор, пока вашей страховой компании не будет выставлен счет вашим поставщиком медицинских услуг. Страховые компании не гарантируют оплату расходов до момента получения вашей заявки. В случае если ваша заявка была отклонена, Онкологический центр Беверли-Хиллз подаст ее снова. В случае если ваша заявка была отклонена после повторной подачи, мы выставим вам счет за предоставленные нами услуги. Нижеподписавшийся соглашается взять на себя полную личную ответственность за уплату полной стоимости предоставленных ему услуг Онкологическим центром Беверли-Хиллз, а также за уплату расходов на нотариальные услуги и расходов по сбору страховых взносов, понесенных указанным Онкологическим центром.

Имя и фамилия печатными буквами:

Подпись:

Дата:

Отношение к пациенту, если подписавшийся не является пациентом:

КОПИЯ ДЛЯ КООРДИНАТОРА ПАЦИЕНТА

Направляющий и основной лечащий врач

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Имя пациента:

Укажите имена, адреса и контактные телефоны других врачей, к которым вы ходите на прием. Эта данные необходимы нам для информирования ваших лечащих врачей о продвижении вашего лечения.

****Направляющий врач:**

Адрес:

Телефон:

****Терапевт/основной лечащий врач:**

Адрес:

Телефон:

Другой лечащий врач:

Адрес:

Телефон:

Другой лечащий врач:

Адрес:

Телефон:

Другой лечащий врач:

Адрес:

Телефон:

Разрешение на передачу медицинских записей

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

Настоящим я разрешаю:

передачу информации, содержащейся в моих личных медицинских записях, Онкологическому центру Беверли-Хиллз *ИЛИ*

Имя пациента:

Дата рождения: _____/_____/_____

Особые запрашиваемые данные:

- Отчет(ы) о хирургических операциях
- Отчет(ы) о гистологических исследованиях
- Отчет(ы) о визуализирующих исследованиях, включая рентгенограмму, КТ и МРТ-сканирование, а также медицинскую радиологию.
- Отчет о консультации, включая историю болезни и результаты медицинского осмотра.
- Данные о лучевой терапии (если имеются)
- Данные о химиотерапии (если имеются)
- Данные о последнем визите последующего наблюдения
- Другое:

Имя и фамилия печатными буквами:

Подпись пациента:

Дата:

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

**ЭЛЕКТРОННАЯ ВЫПИСКА РЕЦЕПТОВ (ePRESCRIBE) – РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИСТОРИИ
БОЛЕЗНИ**

Я,

(имя и фамилия пациента печатными буквами)

*** уполномочиваю Онкологический центр Беверли-Хиллз загрузить список препаратов, получаемых мной по рецепту, для облегчения процедуры выписывания рецептов в электронной аптеке моим лечащим врачом.**

Дата

Подпись пациента/ответственной стороны

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

История болезни пациента и раскрытие данных

Имя пациента:

Вы испытываете какие-либо боли в настоящее время? Нет Да если да, укажите локализацию боли

Уровень боли: (0 = боль отсутствует, 10 = сильная боль) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

История перенесенных заболеваний

(Отметьте все подходящие варианты)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Диабет: | <input type="checkbox"/> Язвы: |
| <input type="checkbox"/> Инсульт: | <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы: |
| <input type="checkbox"/> Астма: | <input type="checkbox"/> Эпилептические припадки: |
| <input type="checkbox"/> Эмфизема: | <input type="checkbox"/> Желтуха/цирроз: |
| <input type="checkbox"/> Тромбообразование: | <input type="checkbox"/> Заболевания почек: |
| <input type="checkbox"/> Переливание крови: | <input type="checkbox"/> Полипы в толстой кишке: |
| <input type="checkbox"/> Высокое кровяное давление: | <input type="checkbox"/> Заболевания предстательной железы: |
| <input type="checkbox"/> Сердечные заболевания/процедуры: | <input type="checkbox"/> Аутоиммунное заболевание: |
| <input type="checkbox"/> Другое: | |
| <input type="checkbox"/> Другое: | |
| <input type="checkbox"/> Другое: | |

Вы получали лечение по поводу онкологических заболеваний ранее? Нет Да, если да, уточните:

Вам делали какие-либо хирургические операции? Нет Да

Причина: _____	Дата: ____/____/____	Название больницы: _____
Причина: _____	Дата: ____/____/____	Название больницы: _____
Причина: _____	Дата: ____/____/____	Название больницы: _____

Вы принимаете какие-либо лекарства в настоящее время?

Ваша предпочитаемая аптека? _____ **Телефон:** _____

Адрес: _____

Вы также можете указать названия медикаментов, если хватит места.

Имя: _____	Доза: _____	Частота приема: _____
Имя: _____	Доза: _____	Частота приема: _____
Имя: _____	Доза: _____	Частота приема: _____

КОПИЯ ДЛЯ АССИСТЕНТА ВРАЧА

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

История болезни пациента и раскрытие данных (продолжение)

Аллергии: Нет Да (если да, укажите типы аллергии, которая может возникать, включая названия препаратов, морепродуктов и тип реакции)

ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Вы беременны? Нет Да

Возраст, при котором у вас начался менструальный цикл:

Возраст, при котором у вас закончился менструальный цикл:

Вы когда-либо принимали эстрогены? Нет да Как долго?

Вы когда-либо использовали методы контрацепции? Нет Да

Тип метода: Как долго?

Количество беременностей: Возраст первой беременности: Количество детей:

Вам когда-либо делали операции на молочных железах? Нет Да

Если да, укажите тип операции и дату ее проведения:

Вам когда-либо делали гистерэктомию? Нет Да Если да, укажите тип операции и дату ее проведения:

СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЕМЬЕ (укажите основные случаи возникновения проблем со здоровьем в вашей семье)

Мать:

Отец:

Сестры:

Братья:

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ:

Род занятий:

Семейное положение: Замужем Не замужем Вдова В разводе

Количество детей:

Мальчик(и), возраст: Девочка(и), возраст:

С кем вы живете?

Вы употребляете алкоголь? Нет Да Вы употребляли алкоголь ранее? Нет Да

В каких количествах: Как долго:

Вас интересует что-либо из нижеперечисленного?

Консультация диетолога Консультация психотерапевта

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Консультация социального работника | <input type="checkbox"/> Акупунктура или акупрессура |
| <input type="checkbox"/> Услуги анальгезиолога | <input type="checkbox"/> Натуропатическая медицина |

Как часто вы курите:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> В настоящее время курю ежедневно | <input type="checkbox"/> Никогда не курила |
| <input type="checkbox"/> В настоящее время курю редко | <input type="checkbox"/> Отказаться от ответа |
| <input type="checkbox"/> Курила в прошлом | |

Добро пожаловать в наш лечебный центр. В ходе лечения вашего онкологического заболевания, ваш лечащий врач (включая владельцев лечебного учреждения) может направить вас на прохождение каких-либо из нижеперечисленных процедур: лабораторные анализы, визуализирующие исследования, КТ, МРТ и ПЭТ-сканирование, медицинская радиология, ультразвуковое исследование, лучевая терапия, термальная терапия или любые другие услуги, предоставляемые нашей медицинской группой. Настоящим сообщаем, что ваш лечащий врач может иметь материальную заинтересованность в предоставлении одной или более услуг. Вы можете обратиться к любому поставщику для получения услуг, заказанных или предписанных нашими лечащими врачами. Я понимаю и подтверждаю вышесказанное.

Имя и фамилия печатными буквами:

Подпись:

Дата:

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

История болезни пациента и раскрытие данных (продолжение)

Имя пациента:

Общие данные:

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> жар | <input type="checkbox"/> проливной пот | <input type="checkbox"/> потеря в весе _____ фунтов за ____ месяцев |
| <input type="checkbox"/> озноб | <input type="checkbox"/> увеличение веса | |

Кожа:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> изменение цвета | <input type="checkbox"/> кровотечение | <input type="checkbox"/> изменения родимых пятен и родинок |
| <input type="checkbox"/> зуд | <input type="checkbox"/> сыпь | |
| <input type="checkbox"/> синяки | | |

Лимфатические узлы:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> увеличенные | <input type="checkbox"/> болезненные | ГДЕ: <input type="checkbox"/> Шея <input type="checkbox"/> Подмышки <input type="checkbox"/> Пах |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

Голова/шея

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> головные боли | <input type="checkbox"/> нарушение слуха | <input type="checkbox"/> проблемы с зубами |
| <input type="checkbox"/> головокружение | <input type="checkbox"/> звон или боль в ушах | <input type="checkbox"/> боль в горле |
| <input type="checkbox"/> нарушения зрения/двоение в глазах | <input type="checkbox"/> носовое кровотечение | <input type="checkbox"/> изменение голоса |
| | <input type="checkbox"/> стоматит | |

Дыхательные пути:

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> одышка | <input type="checkbox"/> свистящее дыхание | <input type="checkbox"/> харканье кровью |
| <input type="checkbox"/> кашель | <input type="checkbox"/> выделение мокроты | |

Сердечно-сосудистая система:

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> учащенное сердцебиение | <input type="checkbox"/> аритмия | <input type="checkbox"/> боль в груди |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|

Желудочно-кишечный тракт:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> тошнота/рвота | <input type="checkbox"/> присутствие крови в стуле | <input type="checkbox"/> желтая кожа или белок глаз |
| <input type="checkbox"/> затрудненное глотание | <input type="checkbox"/> черный дёгтеобразный стул | |
| <input type="checkbox"/> боли в области живота | | |
| <input type="checkbox"/> диарея | | |

Мочеполовая система:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> жжение при мочеиспускании | <input type="checkbox"/> недержание |
| <input type="checkbox"/> затруднение мочеиспускания | <input type="checkbox"/> присутствие крови в урине |

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Костно-мышечная система:

- артрит
- болезненные/опухшие суставы
- мышечная слабость или атрофия
- боль в спине
- отек ног

Эндокринная система:

- непереносимость тепла/холода
- нарушение аппетита
- патологически усиленная жажда

Нервная система:

- фокальная слабость
- онемение/покалывание
- трудности при ходьбе
- нарушения координации в пространстве
- эпилептические припадки

Кровеносная система:

- анемия
- недавнее кровотечение
- тромбообразование
- повторные инфекции

	Замечания лечащего врача

КОПИЯ ДЛЯ АССИСТЕНТА ВРАЧА

Анкета с предварительными распоряжениями

По возможности, ответьте на следующие вопросы. Сестринский и/или Ассистент врача окажет вам всю необходимую помощь.

Имя:

Дата:

1. Имеется ли у вас:

- доверенность продолжительного действия на медицинское обслуживание
Да · Нет
- прижизненная доверительная собственность Да Нет

**** Если да, вам необходимо предоставить нам копию одного из этих документов в течение 5 дней для медицинской карты.**

2. Если нет, вы хотели бы получить более подробную информацию? Да Нет

Подпись:

Дата:

Имя и фамилия свидетеля печатными буквами:

Подпись свидетеля:

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Уведомление о порядке использования личной информации

ДАННОЕ ПРИМЕЧАНИЕ ОПИСЫВАЕТ ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ВАШЕГО ДОСТУПА К НЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛОЖЕНИЯМИ ЗАКОНА О ПРАВЕ СОХРАНЕНИЯ И ЗАЩИТЕ ДАННЫХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Мы понимаем, что ваша медицинская информация носит личный характер. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность такой информации. Каждый раз при вашем визите в больницу, к врачу или другому поставщику медицинских услуг, делается запись с содержанием соответствующей информации. Это примечание касается всех записей о предоставленных вам услугах, сделанных персоналом нашего центра или вашим лечащим врачом.

В соответствии с требованиями закона мы будем осуществлять следующее:

- сохранять конфиденциальность вашей личной медицинской информации;
- сообразно обстоятельствам, ссылаться на действующее уведомление в соответствии с нашими правовыми обязательствами и порядком использования вашей личной медицинской информации, а также следовать его положениям.

Получение копии данного уведомления

У вас есть право на получение копии действующего уведомления. Вы можете в любое время получить копию данного уведомления лично или в ответ на письменный запрос.

Как мы можем использовать и раскрывать вашу личную медицинскую информацию

Мы будем предоставлять вашу личную медицинскую информацию в рамках процесса лечения вашему лечащему врачу или медицинскому специалисту, для выдачи направлений, для получения оплаты за лечение, а также для выполнения процедур в рамках медицинского обслуживания.

Мы также можем использовать вашу личную медицинскую информацию без получения от вас предварительного разрешения в некоторых иных целях. Согласно действующему законодательству, мы можем предоставлять вашу личную медицинскую информацию другим организациям для выполнения их обязанностей в следующих целях:

- органы здравоохранения, уполномоченные осуществлять сбор информации (такой как рождение, смерть, надзор за предоставлением услуг здравоохранения)
- сообщение о случаях злоупотребления, небрежности или насилия в семье, которые могут представлять угрозу вашей безопасности или безопасности другого человека или общества.
- аудит или инспекция в области здравоохранения
- научные исследования
- оплата труда работников
- экстренные случаи
- запросы от правоохранительных органов, судебные или административные постановления.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Ваши права относительно вашей личной медицинской информации

Вы имеете право на просмотр или получение копии медицинской информации, которую мы используем для принятия решений о вашем лечении. Мы предоставим вам форму для запроса информации, которую вам необходимо будет заполнить. Обратите внимание, что при заказе копий мы можем выставить вам счет за их изготовление, пересылку и другие сопутствующие услуги. В случае если мы отказываем вам в просмотре или предоставлении копии, вы можете подать письменный запрос для пересмотра этого решения.

Вы имеете право потребовать внесения изменений в вашу личную медицинскую информацию, если вы считаете, что в ней есть ошибки или пропуски. Мы предоставим вам форму для запроса информации, которую вам необходимо будет заполнить. Мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений в записи, если они были сделаны не нами, или если они не являются частью медицинской информации, предоставляемой нами, или если мы считаем, что имеющаяся запись является точной. В случае если мы отклоняем ваш запрос на внесение изменений в вашу информацию, вы можете подать запрос на пересмотр этого решения.

Вы имеете право отправить нам письменный запрос на получение отчета о случаях, когда мы предоставляли вашу личную медицинскую информацию в иных целях, нежели для проведения лечения, оплаты и предоставления других медицинских услуг, а также о тех случаях, когда вы лично дали нам на это разрешение.

Вы имеете право потребовать совершить вам передачу вашей лично медицинской информации конфиденциальным образом.

Вы можете в письменном виде запретить нам предоставлять вашу личную медицинскую информацию для проведения лечения, оплаты и предоставления других медицинских услуг, или же предоставлять ее лицам, которые занимаются вашим обслуживанием, за исключением тех случаев, когда вы лично дали нам на это разрешение в соответствии с требованиями законодательства или в какой-либо экстренной ситуации. Мы рассмотрим ваш запрос, но может оказаться так, что он будет нарушать законодательство, и мы не сможем выполнить его. Мы сообщим вам о своем решении по вашему запросу.

Направляйте все письменные запросы на пересмотр решения об отклонении запросов нашему сотруднику отдела защиты данных.

Другие варианты использования личной медицинской информации пациента

В любой другой ситуации, не упомянутой в данном уведомлении, мы попросим вашего письменного разрешения, прежде чем использовать или предоставлять вашу личную медицинскую информацию кому-либо.

Если вы предоставили нам разрешение на использование или раскрытие вашей личной медицинской информации, вы можете также отозвать его, уведомив нас об этом в письменной форме.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Жалобы

Если вы подозреваете, что ваши права на конфиденциальность могли быть нарушены, или не согласны с нашим решением касательно вашего доступа к вашим личным записям, вы можете обратиться по этому вопросу в наш отдел защиты данных в письменной форме. Наконец, вы можете отправить жалобу в письменной форме в Министерство здравоохранения и социальных служб США. В случае подачи жалобы на вас ни в коем случае не будут наложены какие-либо штрафы или совершены какие-либо ответные действия в отношении вас.

Если у вас есть какие-либо вопросы касательно уведомления о порядке использования личной информации, обратитесь лично в Онкологический центр Беверли-Хиллз, расположенный по адресу 8900 Wilshire Blvd., Beverly Hills, CA 90211, или позвоните по телефону 310-432-8900.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Заявление о соблюдении Закона США об ответственности и переносе данных о страховании здоровья пациентов

Я понимаю, что в рамках моего медицинского обслуживания Онкологический центр Беверли-Хиллз ведет записи с указанием информации о моей истории заболевания, симптомах, медицинском осмотре, результатах анализов, диагнозах, лечении, а также о планах по дальнейшему уходу и лечению. Я понимаю, что эта информация используется следующим образом.

- Как основание для планирования моего лечения и ухода за мной;
- Как средство связи между медицинскими специалистами, которые занимаются моим лечением;
- Как источник информации, в котором указан мой диагноз и медицинская информация, используемые для выставления счетов за предоставленные мне услуги;
- Как средство проверки, если третья сторона желает удостовериться в том, что эти услуги действительно были предоставлены;
- Как инструмент для проведения рутинных операций в области здравоохранения, таких как оценка качества и проверка компетентности медицинских специалистов.

Я подтверждаю, что получил(а), изучил(а) и понял(а) содержание *уведомления о порядке использования личной информации* Онкологического центра Беверли-Хиллз, в котором представлена более полная информация об использовании и раскрытии информации. Я имею право изучить данное уведомление, прежде чем дать свое письменное согласие. Я понимаю, что организация оставляет за собой право на внесение изменений в свое уведомление и рабочие принципы в любое время, и я могу попросить копию любого пересмотренного уведомления, связавшись с сотрудником отдела защиты данных по номеру телефона (310) 432-8900.

Я понимаю, что могу потребовать ввести ограничения по использованию и раскрытию моей личной медицинской информации для проведения лечения, оплаты и предоставления других медицинских услуг. Я также понимаю, что организация не обязана соглашаться с требуемыми мною ограничениями.

Я понимаю, что это подтверждение дается добровольно, и вся без исключения информация, будь то в устном, письменном или электронном виде является конфиденциальной, и не может быть раскрыта без моего предварительного письменного разрешения, за исключением случаев, когда этого требует законодательство. Фотокопия или факс с согласием имеет силу оригинала.

Имя и фамилия пациента печатными буквами

Дата

Подпись пациента (или его личного представителя)

Дата

КОПИЯ ДЛЯ КООРДИНАТОРА ПАЦИЕНТА

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Финансовая политика

Благодарим вас за то, что выбрали наше учреждение! Наша цель – забота о вас и ваше успешное лечение. Просим вас обратить внимание на то, что оплата наших услуг является частью этого процесса. Для удобства мы предоставляем вам ответы на различные вопросы по нашей финансовой политике. Если вам необходима более подробная информация о нашей финансовой политике, обратитесь к нашему сотруднику отдела выставления счетов по номеру 310-432-8959.

Мы принимаем оплату наличными, чеками, а также банковскими картами VISA, Discover, American Express и MasterCard. **В нашей системе выставления счетов есть защищенный раздел, где хранится информация о вашей кредитной карте, доступ к которому имеют только сотрудники отдела выставления счетов. После оплаты вашей страховой компанией своей доли счета по страховке, мы укажем в системе вашу долю доплаты и сумму собственного удержания страховой компании, которая будет снята с вашей кредитной карты. Это сократит количество присылаемых вам счетов, и вам не придется заниматься их оплатой во время вашего обслуживания.**

Пожалуйста, ознакомьтесь с нашей финансовой политикой полностью. Ваша финансовая ответственность обусловлена различными нижеперечисленными факторами.

	ВЫ НЕСЕТЕ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СЛЕДУЮЩЕЕ:	НАШ ПЕРСОНАЛ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ВАМ В СЛЕДУЮЩЕМ:
<p>Программа частичного страхования от болезни и несчастных случаев по системе PPO</p> <p>Обслуживание по месту жительства (ОМЖ)</p> <p>(ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО КОНТРАКТУ ИЛИ СЕТЕВОЙ)</p>	<p>Если предоставляемые вам услуги предусмотрены по программе: ВСЕ доли доплаты и доли, подлежащие уплате страховой компанией, а также суммы собственного удержания страховой компании необходимо оплатить во время предоставления услуг.</p> <p>Если предоставляемые вам услуги НЕ предусмотрены программой, оплату в полном объеме необходимо внести во время визита в центр.</p>	<p>Заблаговременно позвонить в вашу страховую компанию, чтобы определить размер всех подлежащих к уплате сумм. Подать от вашего имени заявление о выплате страхового возмещения.</p>
<p>Обслуживание по месту жительства (ОМЖ)</p> <p>(НЕСЕТЕВОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)</p>	<p>ВСЕ доли доплаты и доли, подлежащие уплате страховой компанией, а также суммы собственного удержания страховой компании требуется оплатить во время предоставления услуг.</p> <p>В случае если страховые компании нашей сети не покрывают подлежащий к оплате счет, оплату в полном объеме необходимо внести во время визита в центр.</p>	<p>Заблаговременно позвонить в вашу страховую компанию, чтобы определить размер всех подлежащих к уплате сумм. Подать заявление от вашего имени о выплате страхового возмещения.</p>
MEDICARE – федеральная программа	Если вы пользуетесь медицинской	Обратиться за страховыми выплатами

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

медицинской помощи престарелым	страховкой для пенсионеров Medicare, без вторичного страхования, мы попросим вас оплатить сумму собственного удержания страховой компании во время визита в центр. Также во время визита необходимо оплатить вашу долю по страховке в размере 20% от общей подлежащей уплате суммы.	от вашего имени по основному и вторичному страхованию.
MEDI-CAL – страхование по программе медицинской помощи штата Калифорния	Мы предоставляем свои услуги как участник программы Medi-Cal	Подать заявку в Medi-Cal и страховую организацию до предоставления вам услуг.
ОТСУТСТВИЕ СТРАХОВКИ	Требуется оплата в полном объеме до, во время или после решения организационных вопросов и предоставления услуг. Возможно, до предоставления услуг потребуются подписать финансовые соглашения. Пациент несет ответственность за все расходы по предоставляемым ему услугам.	Сообщить вам о наших расценках на услуги. При необходимости, договориться о консультации с нашим сотрудником отдела выставления счетов.
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	Необходимо получить разрешение и внести доплату до предоставления услуг.	Новые пациенты должны получить согласие вашей ОМО до визита в центр. Остальные пациенты – до предоставления услуг наш персонал убедится в том, что разрешение продолжает действовать.
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (МЫ НЕ ЯВЛЯЕМСЯ КОНТРАКТНЫМ ПОСТАВЩИКОМ)	Оплата в полном объеме за визиты к врачу, услуги лаборатории, химиотерапию, инъекции и все остальные услуги.	Сообщить вам о наших расценках на услуги.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООРДИНАТОРА (стр. 2 из 6)

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
 Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Различные административные расходы на обслуживание пациента:

<p>УЧАСТИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ</p>	<p>Стандартное лечение – эти услуги, которые предоставлялись бы вам, если бы вам был назначен стандартный режим лечения. Услуги включали бы в себя, помимо прочего, лабораторные анализы, уход за центральным катетером, визиты к лечащим врачам, лучевую терапию и амбулаторное диагностическое исследование, и подлежали бы оплате вашей страховой компанией в соответствии с действующим законодательством штата Калифорния.</p>	<p>Необходимо получить финансовую консультацию касательно стандартного режима лечения перед предоставлением лечения у сотрудника отдела выставления счетов, или при предоставлении согласия – с нашим врачом, медсестрой и/или сотрудником отдела выставления счетов.</p>
<p>СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ/ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЙМА</p>	<p>Предоставление всей нотариальной информации и подписанной документации по обеспечению займа до проведения диагностического исследования или предоставления любых других услуг. Будет подписано соглашение о том, что если ваш случай не будет признан страховым, вы, как пациент, несете ответственность за все расходы по предоставленным вам услугам.</p>	<p>Это соглашение пациент и нотариус должны подписать до предоставления услуг пациенту.</p>
<p>КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ ТРАВМУ</p>	<p>Все информация по делу об оплате труда работника, включая номер иска работника, дату получения травмы, название и адрес страховой компании, название</p>	<p>Обращение за страховой выплатой от вашего имени.</p>

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

	разрешающего органа и его контактный телефон, а также имя и контактный телефон работодателя. Если страховой случай, предусматривающий компенсацию за производственную травму, не признан, этот случай можно рассмотреть как дело об обеспечении займа.	
--	--	--

Порядок отмены приема при неявке

- Консультация нового пациента – Мы будем очень вам признательны, если в случае, когда вы не можете прийти на консультацию в назначенное время, вы позвоните и предупредите нас об этом, так как у нас большой список пациентов, ожидающих своей очереди на прием к врачам и получение услуг. Пожалуйста, уведомите наш офис за сорок восемь (48) часов до назначенного приема. В противном случае с вашей кредитной карты, полученной заранее и включенной в документацию нового пациента, будет списано 50 долларов США или же вам будет отправлен счет на эту сумму.
- Организация последующего наблюдения – Мы будем очень вам признательны, если в случае, когда вы не можете прийти на консультацию в назначенное время, вы позвоните и предупредите нас об этом. Пожалуйста, уведомите наш офис за двадцать четыре (24) часа до назначенного приема Мы оставляем за собой право начислить вам штраф за неявку в размере 30 дол. США, который будет либо автоматически списан с вашей кредитной карты, либо вам будет выставлен счет на эту сумму.
- **Назначение на прохождение визуализирующих**, рентгенологических или радиоизотопных исследований. Эти процедуры подразумевают расходы на электроэнергию и другие расходы. Если вы не можете прийти, пожалуйста, уведомите наш офис за двадцать четыре (24) часа до назначенного приема. В противном случае, вам будет начислен штраф. Сумма штрафа составляет от 50 до 350 дол. США, в зависимости от типа предоставляемых услуг. Она либо будет автоматически списана с вашей кредитной карты, либо вам будет отправлен счет на эту сумму.

Телефонные звонки лечащим врачам:

Наши врачи не могут оценить медицинские потребности своих пациентов по телефону. К тому же, иногда у врача нет доступа к полным медицинским записям пациента (все зависит от того, откуда его подозвали к телефону). Если вам необходимо поговорить с вашим лечащим врачом, включая обсуждение результатов диагностического исследования, мы назначим вам прием. В экстренных случаях вам может потребоваться прием у другого врача Онкологического центра Беверли-Хиллз или помощь ближайшего отделения экстренной медицинской помощи, в зависимости от вашего состояния и целесообразности принятия тех или иных медицинских мер.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООРДИНАТОРА (стр. 4 из 6)

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Плата за возврат чека

- За каждый случай, когда у вас на счету будет недостаточно денежных средств для обналичивания чека, вам будет начислена плата в размере 25 дол. США.

Специальная плата за предоставление отчета/формы

- За каждый документ, подготовленный лечащим врачом, вам будет начислена плата в размере 15 дол. США. Сюда входят, помимо прочего, государственные формы для людей с ограниченными возможностями, формы DMV, письма для пересылки авиапочтой, письма гражданской обязанности быть присяжным, и т.д. Вам будет выставлен счет, или причитающаяся сумма будет начислена на вашу кредитную карту. За вручаемую вам документацию необходимо будет заплатить заранее.

Компакт-диск для записи результатов визуализирующего исследования

- Первый компакт-диск предоставляется бесплатно. Каждая дополнительная копия будет стоить 20 дол. США.

Плата за просроченную задолженность

Как вы знаете, за последние 5 лет в области страхового покрытия многое изменилось. Некоторые из этих изменений привели к значительному снижению оплаты за услуги, предоставляемые лечащими врачами. Мы столкнулись с тем, что страховые компании постоянно задерживали выплаты по расходам на лечение, включая оплату за препараты для химиотерапии, приобретаемые Онкологическим центром Беверли-Хиллз для своих пациентов. Такие задержки и непоступление платежей в некоторых случаях снижала возможность Онкологического центра Беверли-Хиллз вести уход за пациентами. Поэтому мы ввели специальную плату за счета с просроченной задолженностью.

- **Плата за предоставление счета с просроченной задолженностью в качестве оплаты услуг будет составлять 20 дол. США в месяц, и будет добавлена в месячный счет через 75 дней после получения страхового платежа клиента или уведомления об отказе в его предоставлении.**
- **Авторизация на оплату кредитной карточкой будет храниться в системе центра, а все причитающиеся суммы будут начисляться на нее согласно разъяснению клиента по выплатам по программе. После получения нашим офисом разъяснения клиента по выплатам по программе, к оплате по вашей кредитной карте будет представлена только указанная сумма вашей доплаты, доля платы страховой компании и/или сумму собственного удержания страховой компании.**
- **Агентство по сбору платежей – Если оплата не была получена вовремя и в полном объеме, мы оставляем за собой право сообщить о вашем счете какому-либо агентству по сбору платежей.**

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com

Онкологический центр Беверли-Хиллз
Передовая медицина – путь к выздоровлению

Я, нижеподписавшийся, прочитал, понял и соглашаюсь с вышеизложенной финансовой политикой. Я обязуюсь незамедлительно в кратчайшие сроки заплатить за все продукты и услуги, предоставленные указанному ниже пациенту. Я понимаю, что несу ответственность за все расходы, непокрытые моей страховой компанией или другим плательщиком, а также все долевыми выплатами и суммы собственного удержания страховой компании, и обязуюсь оплатить их в кратчайшие сроки. В случае если какие-либо расходы не были оплачены, как полагалось, до или во время предоставления услуг, оплату необходимо произвести сразу после этого.

Нижеподписавшийся соглашается взять на себя полную личную ответственность за уплату полной стоимости предоставленных ему услуг Онкологическим центром Беверли-Хиллз, а также за уплату расходов за нотариальные услуги и расходы по сбору страховых взносов, понесенные этим центром.

Я обязуюсь производить страховые выплаты непосредственно Онкологическому центру Беверли-Хиллз/ Optima Diagnostic Imaging.

Я уполномочиваю Онкологический центр Беверли-Хиллз/ Центру диагностической визуализации Оптима на предоставление моей личной медицинской информации страховой компании по ее запросу или с целью упрощения процедуры оплаты платежного требования.

Имя и фамилия пациента (печатными буквами):

Подпись пациента (или представителя/ ответственной стороны):

Имя и фамилия нижеподписавшегося (печатными буквами):

Дата:

ПРИМЕЧАНИЕ: Пожалуйста, верните форму авторизации на оплату кредитной картой вместе с данным подписанным письмом, если вы желаете, чтобы расходы автоматически начислялись к оплате вашей кредитной картой, как описано выше. В таком случае, вам не будет начислена доплата в день предоставления услуг, а также не будут выставлены счета на эти суммы.

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И КООДИНАТОРА (стр. 6 из 6)

КОПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

8900 Wilshire Boulevard, Beverly Hills, CA 90211 (г. Беверли-Хиллз, США)
Телефон: (310) 432-8900 (800) TO-HEALTH Факс: (310) 432-8901
www.BHCancerCenter.com