

Northern Illinois Vein Clinic

Paciento vardas: _____

Gimimo data: _____ MRN Nr.: _____

Medicininės informacijos, susijusios su ieškinių apmokėjimu, išleidimas

Sutinku ir prašau Sycamore IL GILVYDIS VEIN CLINIC pateikti mano draudimo bendrovei arba trečiosios šalies mokėtoju šiuos konkrečius informacija, esanti mano mediciniuose dokumentuose, skirta peržiūrėti, ištirti ir (arba) kopijuoti: draudimo reikalavimas ir dokumentai, susiję su apmokestinamos paslaugos, kurios gali apimti diagramų užrašus, papildomų bandymų rezultatus ir procedūras.

Šio atskleidimo tikslas yra, kad mano draudimo bendrovė ar kitas trečiosios šalies mokėtojas suprastų mokėjimą už mano medicinos paslaugas kad pagal šį informacijos paskelbimą pateiktoje informacijoje gali būti psichikos sveikatos, vystymosi sutrikimų, alkoholio/narkotikų piktnaudžiavimas ir (arba) kita informacija apie įgytą imunodeficito sindromą (AIDS / ŽIV). Suprantu, kad įgaliojimas leidžia tai, kas paminėta informacija turi būti paskelbta žodžiu, naudojant medicininių dokumentų kopijas.

Suprantu, kad atsisakius pasirašyti šį informacijos paskelbimą, informacija nebus pateikta (išskyrus įstatymų reikalaujamus atvejus), mano draudimas įmonės ar trečiosios šalies mokėtojas negali būti apmokestinamas. Tokiu atveju būsiu finansiškai atsakinga už visus mokesčius.

Šis leidimas galios vienerius (1) metus nuo toliau nurodytos pasirašymo datos. Suprantu, kad šį leidimą galiu bet kada atšaukti. Bet koks atšaukimas turi būti rašytinis, pasirašytas aš, o mano parašas turi būti patvirtintas asmens, galinčio patvirtinti mano tapatybę. Joks rašytinis sutikimo atšaukimas negalioja, kad būtų užkirstas kelias įrašų ir pranešimų atskleidimui, kol jo negaus GILVYDIS VEIN CLINIC, ir joks kitas atšaukimas nebus galiojantis tiek, kiek GILVYDIS VEIN CLINIC jau ėmėsi veiksmų ir juo pasitiki.

Išmokų skyrimas

Medicininės išmokos mokėjimą skiriu GILVYDIS VEIN CLINIC už aprašytas paslaugas. Aš tai suprantu: esu finansiškai atsakingas už nepadengtus mokesčius ir visas išlaidas, patirtas arba susijusias su tokių mokesčių rinkimu. Įskaitant, bet neapsiribojant, pagrįstus inkaso agentūros mokesčius, neviršijančius 50 % pagrindinės sumos, advokato honorarus ir ieškinių išlaidas.

Privatumo pranešimas

___ Gavau Gilvydžio venų klinikos pranešimą dėl privatumo

___ Man buvo pasiūlytas Gilvydžio venų klinikos pranešimas apie privatumo praktiką ir aš atsisakau jį priimti.

(Pasirašykite) Paciento vardas

(Pasirašykite) Tėvas / teisėtas globėjas

(Pasirašykite) Liudytojas

(Spausdinti) Paciento vardas

(Spausdinti) Tėvas / teisėtas globėjas

(Spausdinti) Liudytojas