

Согласие на лечебные услуги Consent for Treatment Services

Имя, фамилия лица:

Дата рождения:

Отдел поведенческого здоровья округа Малтнома (BHD) предоставляет психологическую помощь, которая может включать в себя следующие услуги: оценку состояния психического здоровья; обследование с целью определения уровня потребностей; наблюдение; консультации; вмешательство в окружение пациента; индивидуальная, групповая и семейная терапия или координация деятельности по оказанию лечения; ведение личного дела; встречи группы специалистов при участии ребёнка и членов его семьи; оказание услуг в кризисных ситуациях; и/или предоставление информации и направления к специалисту для оказания психологической помощи или только проведение обследования и выдача направления к специалисту. Услуги могут предоставляться лично, по телефону или посредством телемедицины.

РИСКИ И ПРЕИМУЩЕСТВА

Лечение психических расстройств предусматривает целенаправленное воздействие на определенные симптомы заболевания с целью их уменьшения. Лечение несет в себе некоторую степень риска:

Может наблюдаться ухудшение симптомов заболевания до наступления улучшения, или симптомы заболевания могут сохраняться даже после окончания лечения. Новые симптомы или нежелательные последствия могут возникнуть во время проведения курса лечения. Развитие заболевания, связанное с его симптомами или отклонениями психики, может привести к изменениям, которые потенциально могут нарушить устоявшийся жизненный уклад или межличностные отношения пациента. Психиатрические препараты, если они прописаны врачом, могут вызвать побочные явления, в связи с которыми может потребоваться наблюдение и контроль за приемом психофармакологических средств.

Лечение также может принести пользу:

Лица, проходящие лечение от психических заболеваний, часто приобретают навыки, помогающие им справиться с трудными эмоциями, изменить деструктивные стереотипы мышления, улучшить межличностное общение, а также ведущие к положительным изменениям в поведении и в образе жизни лица в целом.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ О ПОЛУЧЕНИИ УВЕДОМЛЕНИЯ И СОГЛАСИЕ КЛИЕНТА

Я подтверждаю, что я получил (-а) указанную ниже информацию в письменной форме и мне было предоставлено объяснение:

Если вам не предоставили возможность ознакомиться с этими документами или вам необходимо получить их на другом языке, обратитесь к своему врачу или сотруднику отдела поведенческого здоровья.

- Описание моих индивидуальных прав и/или индивидуальных прав моего ребёнка в качестве клиента отдела поведенческого здоровья (BHD) округа Малтнома.
- Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности (NOPP). В уведомлении NOPP описывается порядок обеспечения защиты и соблюдения конфиденциальности, принятый Департаментом здравоохранения округа Малтнома и отделом BHD.
- Брошюра о порядке подачи жалоб (претензий) отдела BHD и бланк документа для подачи жалоб. Я также понимаю, что, если я не буду удовлетворен (-а) предоставленными мне

Согласие на лечебные услуги Consent for Treatment Services

услугами, я могу оформить жалобу/претензию в устной или в письменной форме, обратившись к любому сотруднику или в рамках предоставляемых мне услуг, я могу оформить жалобу/претензию в устной или в письменной форме, обратившись к любому сотруднику или через своего представителя.

- **Касается исключительно клиентов в возрасте 18 лет и старше:** Мне была предложена информация о порядке заполнения документа «Заявление о предоставлении лечения от психических заболеваний».
- **Касается исключительно клиентов в возрасте 17 лет и старше:** Мне была предложена информация о регистрации избирателей.
- **Информация для родителей или законных представителей:** Я был (-а) проинформирован (-а) и соглашаюсь с тем, что сотрудники отдела BHD округа Малтнома могут лично координировать услуги с этим лицом; по телефону, электронной почте или видеосвязи.

Информация о страховом обеспечении

В соответствии с требованиями федерального закона вы должны приложить все разумные усилия для обеспечения оплаты предоставленных вам или вашему ребёнку услуг психиатрической помощи из средств Отделения программ медицинской помощи (DMAP) штата Орегон в качестве последней инстанции в случае, если вы или ваш ребёнок являетесь участниками программы льготного медицинского страхования штата Орегон «Oregon Health Plan». Если вы или ваш ребенок имеете коммерческое страхование или какой-либо другой источник оплаты услуг, вам может быть предложено подписать разрешение на выставление им счетов за эти услуги. Ваша способность оплачивать услуги не мешает вам получить необходимые услуги.

Оценка расходов

Настоящая достоверная оценка стоимости услуг действительна до тех пор, пока предоставление услуг не будет прекращено. Независимо от вашего страхового статуса, вида или покрытия, политика отдела поведенческого здоровья округа Малтнома запрещает когда-либо выставлять вам счет за услуги.

Первичный/вторичный диагноз: Неизвестен на момент записи на прием. Диагноз уточняется.

Услуги: T1023, H2011, 99212, 90791, 90792, 90832, 90846, 90847, 90849, 90853, 90882, H0004, H0032, H0038, H2010, H2014, H2023, H2032, T1016

Вы платите: 0,00 долл.

Я разрешаю предоставление услуг согласно описанию. Я без принуждения и добровольно даю свое согласие, основанное на полученной информации, на предоставление мне услуг с момента подписания настоящего документа и до окончания моего лечения. Я понимаю, что я вправе отозвать настоящее разрешение в письменной форме или устно в любое время, обратившись к любому сотруднику отдела BHD. Я прочитал(-а) и понимаю оценку расходов, указанную выше.

Электронная подпись клиента/опекуна

Дата и время электронной подписи



Согласие на лечебные услуги Consent for Treatment Services

Адрес электронной почты клиента/опекуна

Номер мобильного телефона
клиента/опекуна

Адрес электронной почты сотрудника отдела BHD

Дата подачи сотрудником отдела BHD