

## 治疗服务同意书 Consent for Treatment Services

个人姓名：

出生日期：

穆鲁玛郡行为健康部（BHD）提供心理健康服务，其中可能包括：评估；需求水平确定筛选；观察；咨询；环境干预；个人、团体和家庭治疗或护理协调；案例管理；儿童和家庭团体会议；危机服务；和 / 或仅针对心理健康服务或筛选和转诊的信息及推荐。我们可以亲自、通过电话或远程医疗提供服务。

### 风险与益处

**心理健康治疗的目标是减少目标心理健康症状。治疗存在一定风险。**

症状在得到改善前可能会恶化，治疗完成后症状也可能持续。在治疗过程中可能出现新症状或治疗问题。心理健康症状或问题相关的发展可能导致一些变化，这些变化可能打乱生活模式或人际关系。精神药物（如开具处方）可能产生需要监督或管理的副作用。

### 治疗也有益处：

参与心理健康治疗的个人经常学习可以应对困难情绪的技巧、改变破坏性的思维模式、改善人际沟通并对整体行为和个人健康产生积极影响。

### 客户确认书和协议

**本人证明，本人已经知悉以下书面信息，并了解对此信息的说明：**

如果您没有机会查看这些文件或者需要其他语言版本，请联系您的临床医生或行为健康部的员工。

- 本人和 / 或本人的孩子作为穆鲁玛郡 BHD 客户的个人权利说明。
- 隐私保护细则通告 (NOPP)。NOPP 说明穆鲁玛郡卫生部的隐私和机密性实践以及 BHD 的隐私和机密性实践。
- BHD 投诉（申诉）手册和形式。我也理解，如果我对服务感到不满意，我可以口头或书面形式向任何工作人员或通过我的服务发起投诉 / 申诉，我可以口头或书面形式向任何工作人员或通过我的代表发起投诉 / 申诉。
- **仅针对 18 岁及以上的客户：**我已经获得了关于如何完成心理健康治疗申报的信息。
- **仅针对 17 岁及以上的客户：**我已经获得了关于选民登记的信息。
- **针对父母或法定监护人：**我已被告知相关情况，我同意穆鲁玛郡 BHD 工作人员直接亲自、通过电话、电子邮件或视频与个人进行协调。

### 保险范围信息

联邦法律要求，如果您或您孩子的心理健康服务获得俄勒冈州健康计划的承保，我们将尽一切合理努力确保俄勒冈州医疗援助项目（DMAP）将成为最后求助的付款人。如果您或您的孩子获得商业保险或任何其他付款来源的承保，我们可能要求您签署一份授权书以便为这些服务开具账单。您的支付能力并不会阻碍您获取服务。



# 治疗服务同意书

## Consent for Treatment Services

### 估计费用

本诚信估算单在服务终止之前一直有效。无论您的保险状况、类型或承保范围如何，穆鲁玛郡行为健康部的政策是，永远不会向您收取服务费用。

主要/次要诊断：预约时未知。诊断待定。

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

自付：0.00 美元

本人授权按照所述提供服务。本人自愿给出本人针对自今日起至治疗结束的服务的知情同意书。本人明白，本人可随时向任何 BHD 工作人员以书面或口头形式撤销此授权。我已阅读并理解上面列出的估计费用。

客户 / 监护人电子签名

电子签名日期和时间

客户 / 监护人电子邮箱地址

客户 / 监护人手机号码

BHD 工作人员电子邮箱地址

BHD 工作人员提交日期