

## FORMULARZ AKCEPTACJI I ZGODY PACJENTA

W IMIENIU WŁASNYM LUB INNEGO PACJENTA WYMIENIONEGO PONIŻEJ NINIEJSZYM PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI I AKCEPTUJĘ OŚWIADCZENIA ZŁOŻONE W NINIEJSZYM FORMULARZU. ZMIANY LUB MODYFIKACJE NINIEJSZEGO FORMULARZA NIE SĄ WIĄŻĄCE DLA OAK STREET HEALTH I/LUB PLACÓWEK POWIĄZANYCH (NAZYWANYCH W NINIEJSZYM FORMULARZU „OAK STREET”)

**Ogólna zgoda na leczenie:** Zwracam się z prośbą o zapewnienie mi (lub pacjentowi wymienionemu poniżej) opieki zdrowotnej w Oak Street. Wyrażam dobrowolną zgodę na wszelkie zabiegi medyczne i usługi związane z opieką zdrowotną, które Oak Street uzna za konieczne w moim przypadku (lub w przypadku pacjenta wymienionego poniżej), w tym zintegrowane usługi z zakresu leczenia zaburzeń behawioralnych.

**Zgoda na usługi telemedyczne:** Przyjmuję do wiadomości, że Oak Street może świadczyć niektóre usługi, w tym dotyczące zdrowia psychicznego, za pomocą zdalnych technologii telemedycznych. Tego rodzaju usługi telemedyczne dotyczące zdrowia psychicznego zakładają udział pracownika służby zdrowia znajdującego się w miejscu oddalonym od mojej lokalizacji w czasie świadczenia usługi i często obejmują przesył wideo, dźwięku, obrazów i innych rodzajów danych. Zdalny pracownik służby zdrowia zadecyduje, czy diagnozowany lub leczony stan kwalifikuje się do konsultacji telemedycznych. Przyjmuję do wiadomości, że nie ma gwarancji diagnozy, leczenia lub przepisania leków.

**Odpowiedzialność finansowa i cesja:** Zgodnie z obowiązującym prawem i zasadami pomocy finansowej Oak Street oraz w odniesieniu do wszystkich usług opieki zdrowotnej, które są lub mają być mi (lub pacjentowi wymienionemu poniżej) świadczone, zgadzam się na ponoszenie finansowej odpowiedzialności i zobowiązuję do zapłacenia Oak Street należnych opłat dotyczących pacjenta.

**Cesja świadczeń / płatników będących osobami trzecimi:** W odniesieniu do wszystkich usług opieki zdrowotnej, które są lub mają być mi (lub pacjentowi wymienionemu poniżej) świadczone, niniejszym ceduję na Oak Street wszelkie prawa, tytuły prawne i udziały do wszelkich korzyści osób trzecich, należnych z tytułu wszelkich polis ubezpieczeniowych i/lub odpowiedzialnych płatników będących osobami trzecimi w kwocie nieprzekraczającej standardowych i zwyczajowych opłat Oak Street za świadczone usługi opieki zdrowotnej. Niniejszym autoryzuję takie płatności od odpowiednich ubezpieczycieli, płatników będących osobami trzecimi i innych osób trzecich. Wyrażam zgodę na wszelkie wnioski Oak Street o zmianę lub odwołanie mające na celu zakwestionowanie ustaleń świadczeń dokonanych przez płatnika będącego osobą trzecią.

**Wykorzystywanie i ujawnianie informacji zdrowotnych:** Potwierdzam otrzymanie Zasad zachowania poufności informacji Oak Street. W treści Zasad zachowania poufności informacji wyjaśniono, w jaki sposób Oak Street może wykorzystywać i ujawniać poufne informacje zdrowotne, które umożliwiają identyfikację mojej osoby (lub pacjenta wymienionego poniżej). Wyrażam zgodę, aby firma Oak Street wykorzystywała i ujawniała poufne informacje zdrowotne na mój temat (lub na temat pacjenta wymienionego poniżej), jak zostało to opisane w Zasadach zachowania poufności informacji. Niniejszym wyrażam zgodę na mój udział w jednej lub kilku wymianach informacji zdrowotnych (HIE) oraz na udostępnianie pozostałym uczestnikom HIE przez Oak Street drogą elektroniczną informacji o moim stanie zdrowia dla potrzeb terapeutycznych i płatniczych. Niniejszym upoważniam Oak Street do korzystania z informacji zdrowotnych do identyfikowania drogą analizy predykcyjnej usług, które mogą być dla mnie korzystne.



OAK  
STREET  
HEALTH

**Zgoda pacjenta na zarządzanie opieką przewlekłą:** Potwierdzam otrzymanie Zgody na usługi zarządzania opieką przewlekłą (CCM) w Oak Street i zgadzam się / nie zgadzam się na świadczenie przez Oak Street tego rodzaju usług opieki przewlekłej zgodnie z opisem w formularzu zgody CCM. Zgoda na otrzymywanie wiadomości SMS / wstępnie nagranych połączeń: Wyrażam zgodę na otrzymywanie, na numer telefonu komórkowego i/lub inne numery telefonów przekazane Oak Street w niniejszym formularzu lub zaktualizowane w późniejszym czasie, wiadomości SMS i/lub połączeń telefonicznych lub innych komunikatów przy użyciu prowadzonych na żywo, sztucznych lub wcześniej nagranych głosów, automatycznych systemów telefonicznych lub innych technologii wspomaganych komputerowo używanych przez Oak Street lub inne osoby trzecie, które mogą działać w jego imieniu. Takie wiadomości SMS i/lub połączenia telefoniczne mogą mieć dowolny cel, w tym związany z moim kontem i/lub świadczoną opieką. Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda na komunikację nie jest wymagana w celu otrzymywania usług od Oak Street lub innych autoryzowanych rozmówców oraz że mogą być naliczane opłaty za przesył danych i inne opłaty. Mogę w każdej chwili odwołać niniejszą zgodę na komunikację.

**Zgoda na fotografowanie:** Niniejszym wyrażam zgodę i przyznaję Oak Street prawo i upoważnienie do fotografowania i/lub nagrywania mnie, mojego wizerunku i głosu, w związku z moją diagnozą i leczeniem, i zgadzam się, by po utworzeniu takie obrazy i nagrania stały się własnością Oak Street.

## POTWIERDZENIE/OTRZYMANIE WSZYSTKICH POWYŻSZYCH FORMULARZY

PODPISUJĄC SIĘ PONIŻEJ, POTWIERDZAM ZAPOZNANIE SIĘ Z WARUNKAMI OPISANYMI POWYŻEJ ORAZ ICH AKCEPTACJĘ.

<hr/> Podpis pacjenta lub osoby odpowiedzialnej	<hr/> Data
<hr/> Imię i nazwisko pacjenta (lub osoby odpowiedzialnej, jeśli nie jest nią pacjent) drukowanymi literami	<hr/> Powiązanie osoby odpowiedzialnej z pacjentem

---

Lokalizacja

---

Telefon placówki

---

Adres

---

Miasto

---

Stan

---

Kod Pocztowy