

同意书和服务条件表

患者姓名 (姓氏、名字、中间名)	出生日期 (年/月/日)	(仅办公室使用) 证人首字母签名: _____
<p>欢迎来到 Mountain Land Rehabilitation (MLR)。感谢您选择 MLR 作为您的治疗供应商。我们的治疗师持照从业而且经过培训，可以使用评估和治疗技术来帮助您恢复最佳的活动水平。对于所有的医疗护理，我们都有义务告知您治疗相关的潜在风险。鉴于治疗产生的身体反应在不同的人身上会有非常大的差异，我们不可能始终预测您对某些练习或程序的反应。治疗可能导致疼痛、伤害或可能加剧之前存在的病情。我们鼓励您在评估和治疗过程中与您的治疗师开诚布公地交流。您有权在一个疗程之前或过程中随时拒绝您的治疗项目的任何部分。</p> <p>公布信息和 HIPAA/隐私声明: 法律 (民权办公室) 要求 MLR 保护您的医疗记录隐私。MLR 仅依据州和联邦隐私法律 (HIPAA) 使用和披露医疗记录。使用和披露在 MLR 隐私实践通知中有所说明。您可随时要求获取此文件的副本。</p> <p>我声明，我曾获得 MLR 隐私实践通知的副本。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>患者医疗记录授权:</p> <p>我授权 MLR 提供我的保密健康信息给以下个人。</p> <p>姓名 _____ 与患者关系 _____</p> <p>姓名 _____ 与患者关系 _____</p>		
<p>预约提醒事项:</p> <p>我授权 MLR 通过短信或电子邮件向我发送预约提醒事项。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>我理解并同意，如果我在安排的预约前一工作日结束前未提供取消通知，则将被收取 \$25.00 的费用。所收取的费用必须在接受下一次治疗之前支付。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>财务责任:</p> <p>本人 (患者或授权代表) 同意针对所提供的护理支付保险公司或其他第三方付款人未支付的任何金额 (合同折扣除外)。我理解我负责所有共同支付额、自付额、共同保险和/或未承保的服务。我也同意在我选择不让我的保险计入账单时为所提供的护理支付当天费率或已公布的计件费率。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>未解决的账户余额: 我理解，在我的保险得到支付而且我留有余额之前，不会累积利息，账单也不会邮寄给我。我理解并同意，在账单日期后 30 天内未支付的我的账户中的任何剩余余额以每月 1.5% 的利率累积利息 (每年 18%)。我理解，如果我选择不为所提供的护理付款，我的余额将被发送给代收欠款公司。如果未支付的余额被交给代收欠款公司或律师，我同意支付未支付的余额 (包括利息) 以及最高 40% 的代收欠款费用，以及所有相关的律师费。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>仅供 Medicare/Medicaid/Tricare/退伍军人管理局患者之证明: 我证明，我在依据《社会安全法案》第十八和十九条或与任何其他政府计划相关申请付款时所提供的信息是正确的。我授权 MLR 向社会安全管理局、财务中介机构、保险付款人或州立机构公布关于我的治疗服务之文件，以完成针对我的治疗服务之索赔。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>利益分配:</p> <p>我要求并授权我的健康保险公司就 MLR 或授权 MLR 代表其记账的其他供应商向我提供的服务相关之所有收费向 MLR 直接付款。</p> <p style="text-align: right;">首字母签名 _____</p>		
<p>我的上述首字母签名以及下方签名，代表我已经阅读、理解并同意此授权表格的条款，并同意接受治疗评估和相应的治疗。</p> <p>我理解，我有权要求并获取此文件的副本。此文件将保持有效，除非患者或授权代表以书面形式撤销。</p>		
签名:	日期:	
印刷体姓名:	社会安全号码 (患者或签名者):	
如果签名者是患者以外的人，请填写以下信息:		
与患者的关系:	签名者出生日期:	