

| | | |
|---|---|---|
| Name des Patienten (Vor-, Zuname, Initiale des zweiten Vornamens) | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | (Amtlicher Vermerk) Zeugeninitialen: |
| <p>Willkommen bei Mountain Land Rehabilitation (MLR). Vielen Dank, dass Sie MLR als Therapieanbieter gewählt haben.</p> <p>Mitteilungen und Rechte: Unsere Therapeuten sind amtlich zugelassen und ausgebildet, um Behandlungsmethoden zu beurteilen und anzuwenden, damit Ihr optimaler Aktivitätsgrad wiederhergestellt wird. Wie bei allen medizinischen Pflegemaßnahmen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass mit der Behandlung möglicherweise Risiken verbunden sind. Da die körperliche Reaktion auf Therapie je nach Person sehr unterschiedlich sein kann, ist es nicht immer möglich, vorherzusehen, wie Sie auf Übungen oder Behandlungen reagieren werden. Es ist möglich, dass die Therapie Schmerzen oder Verletzungen verursacht oder bestehende Beschwerden verschlimmert. Wir bitten Sie daher, bei der Beurteilung und Behandlung offen mit Ihrem Therapeuten zu sprechen. Sie haben das Recht, jeden Aspekt Ihrer Behandlung vor oder während der Sitzung abzulehnen.</p> <p>Freigabe von Daten und HIPAA / Datenschutzbestätigung MLR ist gesetzlich verpflichtet (Amt für bürgerliches Recht), die Daten Ihrer medizinischen Akten zu schützen. Die Akten werden von MRL AUSSCHLIESSLICH in Übereinstimmung mit den staatlichen und Bundesdatenschutzgesetzen (HIPAA) verwendet und offengelegt. Verwendung und Offenlegung werden in der MLR Datenschutzerklärung beschrieben. Ich bestätige nachstehend mit meiner Unterschrift, dass mir eine Kopie der MLR Datenschutzerklärung angeboten wurde.</p> <p>Patientenrechte: MLR verfügt über schriftliche Richtlinien und Verfahren, die die Patientenrechte beschreiben. Diese Richtlinien finden Sie in der MLR Patientenrechtszusammenfassung. Sie können jederzeit eine Kopie dieses Dokuments anfordern. Ich bestätige nachstehend mit meiner Unterschrift, dass mir eine Kopie der MLR Patient Rights Summary angeboten wurde.</p> <p>Ich ermächtige MLR, meine vertraulichen Gesundheitsdaten mit den folgenden Personen zu besprechen: (Dies stellt keine Freigabe der physischen Kopien Ihrer Patientenakten dar. MLR benötigt ein Freigabeformular, um Ihre Akten an andere als den überweisenden Arzt freizugeben.)</p> <p>Name _____ Beziehung zum Patienten _____ Name _____ Beziehung zum Patienten _____</p> <p>Elektronische Kommunikation: MLR kann bezüglich Ihrer Termine oder Zahlung per E-Mail oder SMS mit Ihnen kommunizieren. Elektronische Nachrichten von MLR, die geschützte Gesundheitsdaten enthalten, werden verschlüsselt. Geben Sie zur Gewährleistung Ihrer Privatsphäre bei Ihrer Antwort auf elektronische Nachrichten von MLR bitte keine geschützten Gesundheitsdaten an. Bei der Beantwortung von SMS-Nachrichten können die üblichen SMS- oder Datengebühren anfallen.</p> <p style="text-align: center;">Mit meinen Initialen gebe ich meine Zustimmung zum Empfang von SMS-Nachrichten. _____</p> <p>Hinweis zur Stornierungsgebühr: Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Stornierungsgebühr in Höhe von 25,00 \$ berechnet wird, wenn ich meinen Termin nicht bis Ende des Werktages vor meinem Termin absage. Die anfallenden Gebühren müssen vor der nächsten Behandlung bezahlt werden.</p> <p>Leistungszuweisung: Ich ermächtige meine Krankenversicherung, MLR direkt für alle Gebühren zu bezahlen, die mir von MLR oder anderen Dienstleistern, für die MLR Rechnungen stellen darf, in Rechnung gestellt werden.</p> <p>Finanzielle Verantwortung: Ich verpflichte mich, alle nicht von der Versicherung oder sonstigen Ausgabenträgern getragenen Beträge (ausgeschlossen vertragliche Nachlässe) für geleistete Pflege selbst zu bezahlen. Mir ist klar, dass ich für Eigenanteile, Selbstbeteiligung, Zuzahlungen und/oder nicht gedeckte Leistungen selbst verantwortlich bin. Ich stimme auch zu, den Tagessatz ODER Stücksätze für geleistete Pflege zu bezahlen, falls ich eine Abrechnung mit meiner Versicherung ablehne.</p> <p>Offene Rechnungsbeträge: Mir ist klar, dass keine Zinsen anfallen und dass mir Abrechnungen erst dann zugesendet werden, wenn die Versicherung(en) bezahlt hat und ein Restbetrag anfällt. Ich nehme zur Kenntnis, dass auf Restbeträge auf meinem Konto, die nicht innerhalb von 30 Tagen ab Rechnungsdatum beglichen werden, 1,5 % Zinsen pro Monat (18 % pro Jahr) anfallen. Mir ist klar, dass die Restsumme an ein Inkassobüro gesendet wird, wenn ich die Kosten für die geleisteten Dienste nicht begleiche. Falls eine offene Summe an ein Inkassobüro oder einen Rechtsanwalt übergeben wird, verpflichte ich mich, den unbezahlten Betrag einschließlich Zins und einer Inkassogebühr von bis zu 40 % zzgl. sämtliche damit zusammenhängenden Anwaltsgebühren zu bezahlen.</p> <p>NUR für Patienten auf Medicare/Medicaid/Tricare/Veteranenbehörde: Ich bestätige, dass die von mir bereitgestellten Daten bei der Beantragung von Zahlung nach Paragraf XVIII und XIX des Social Security Act oder in Verbindung mit anderen Regierungsprogrammen korrekt sind. Ich ermächtige MLR, die Dokumente bezüglich meiner Therapieleistungen an die Social Security Administration, Finanzintermediär, Versicherungszahler oder Behörde freizugeben, damit die Rechnung für meine Therapie bearbeitet werden kann.</p> <p>Einverständnis: Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich die Bedingungen dieser Ermächtigung gelesen und verstanden habe, und stimme der Beurteilung und entsprechenden Therapie zu. Mir ist klar, dass ich ein Recht auf eine Ausfertigung dieses Dokuments habe und dieses verlangen darf. Dieses Dokument bleibt in Kraft, sofern es nicht schriftlich vom Patienten oder Bevollmächtigten widerrufen wird.</p> | | |
| Unterschrift: | Datum: | |
| Name in Druckschrift: | Sozialversicherungsnummer (Patient oder Unterzeichner): | |
| Falls der Unterzeichner nicht der Patient ist, füllen Sie bitte die folgenden Informationen aus: | | |
| Beziehung zum Patienten: | Geburtsdatum des Unterzeichners: | |