



OUTPATIENT AGREEMENT FORM

门诊患者同意书

Patient Identification Information

第1页, 共4页

此表格适用于以下Johns Hopkins Medicine (“Johns Hopkins”) 实体: Johns Hopkins Bayview Medical Center、Clinical Practices of the Johns Hopkins University School of Medicine、Howard County General Hospital、Johns Hopkins Community Physicians、Johns Hopkins Home Care Group、Suburban Hospital、Sibley Memorial Hospital、Johns Hopkins All Children’s Hospital and Pediatric Physician Services, Inc. and West Coast Neonatology Inc. and The Johns Hopkins Hospital、Johns Hopkins Imaging, 以及Ambulatory Surgery Centers。

总体政策: 所有患者皆不应受到与年龄、种族、民族、宗教、文化、语言、身体或精神残疾、社会或经济地位、性别、性取向或性别认同或表达相关的歧视对待。

治疗同意书: 我或我的代表同意让Johns Hopkins提供方对我的病情进行评估和治疗。如无紧急情况, 如果所提议的治疗存在重大风险, 则需获得额外知情同意书。我明白行医实践不是一门精确的科学, 任何人都没有向我就检查、治疗或其他医疗保健服务所能带来的结果或效果做出担保。

披露和信息发布授权: 我特此授权Johns Hopkins向第三方发布我的最终诊断及我的其他医疗信息, 以确定应付福利和处理索赔。我授权Johns Hopkins向我的保险承保方发布医疗信息, 用于赔付目的。我授权Johns Hopkins和/或为我提供服务的任何医生为治疗、付款和手术以及《Johns Hopkins隐私实践通知》中所含目的发布我的全部或部分医疗和账单记录。

联络同意: 我同意, 提供我的固定电话、手机号码或电子邮箱地址, 即表示我明确同意Johns Hopkins、其员工、雇员、独立承包商、受让人、继任者和代理人就我的医疗保健相关事项、我的帐户或与我所接收的任何服务相关的账单, 通过电子邮件或此类电话号码, 或此后为我获得的任何电话号码或电子邮箱地址与我联络, 并留下实时或预先录制的消息、短信或电子邮件。我确认我提供的任何电话号码都关联到我自己而非第三方。为了提高效率, 可通过自动拨号器致电。此外, 为了我的便利, 电子邮件和文字短信可以通过未加密的方式发送, 这可能会存在一些风险, 包括在传输过程中被拦截或被除我以外的人查看。我同意接受此类风险。如果我不愿收到文字短信, 我可以致电 1-800-318-4246 以选择取消。提供电子邮箱地址、电话或手机号码不构成获得服务的条件。

医生非医院雇员: 我明白医生可能不是卫生系统的雇员。我明白我的医生可能会要求其他医生参与我的护理, 包括但不限于主治医生、放射科医生、外科医生、妇产科医生、病理学家、麻醉师、新生儿科医生、解读诊断研究的医生、顾问, 以及医生助理。我还同意, 除非我以口头或书面形式另有明确说明, 正在接受培训的医生、学生或其他合格的医疗保健人员在我的医生的监督指导下, 可参与和/或观察我的护理。

电子处方: 我授权电子处方网络Surescripts向我的服务提供方披露我的重复配药历史记录, 以便后续治疗。

服务付款: 我明白Johns Hopkins可就我接受的护理向我的医疗保险收费。我同意从我的医疗保险中可直接向Johns Hopkins付款。假如我本人收到了付款, 我明白我有责任支付给Johns Hopkins。我将应支付给医疗保健服务的偿付转让给提供服务的医生和/或组织。我授权将应支付给我或患者的任何保险、人身伤害或其他应付款项直接支付给Johns Hopkins和所有其他向我提供服务的提供方。我认可, 对医院为我或患者提供的护理和服务所产生的任何共保额、免赔额或其他医院未从任何第三方来源收到的款项承担财务责任。我将就向我提供的服务拒绝付款提出上诉的权利转让给Johns Hopkins。

我明白, 对于Johns Hopkins提供的服务, 我的医疗保险可能会将Johns Hopkins视为网络外提供方。在这种情况下, 我的共保额或免赔额可能会高于在网络内的设施或实验室所提供的服务。这意味着根据您医疗保险的情况, 您的保险承保范围可能会低于预期。我明白, 我必须支付任何共保额或我的医疗保险规定我必须在账单中支付的其他部分, 包括因网络外赔付而产生的更高的免赔额或共保额。我明白, 我可能要支付这笔费用才能接受治疗。

在诊所或门诊就诊的患者可能会收到多份账单。医院有权就使用医院设施或空间、诊所、物资、检测、手术流程、设备和非医师服务(包括但不限于非医师临床医生的服务)收取门诊就诊费用, 通常称为“设施费”。我明白, 所有医师专业服务均与医院账单分开计费。我明白, 我负责支付涉及我的治疗的所有医生和辅助服务的费用。

我明白, 在我的门诊治疗过程中, 位于马里兰州的医院的住院费用可能在不另行通知的情况下发生更改。这不适用于位于哥伦比亚特区的医院, Sibley Memorial Hospital。这不适用于位于佛罗里达州的Johns Hopkins All Children’s Hospital and Pediatric Physician Services, Inc., 和West Coast Neonatology Inc.。

我明白, 在马里兰州的医院, 我有权享受以下即时付款医院折扣: 如果在服务日期或之前付款, 则可享受2%折扣, 如果在第一个账单日期或出院日期(较早者为准)后 30 天内付款, 则为 1%。这不适用于位于哥伦比亚特区的医院, Sibley Memorial Hospital, 或位于佛罗里达州的Johns Hopkins All Children’s Hospital and Pediatric Physician Services, Inc., 和West Coast Neonatology Inc.。

门诊患者同意书

Patient Identification Information

第2页, 共4页

我理解并同意, 如果我的保险支付医院或医生的费用, 我将必须支付。如果我的账款被交给收款机构, 我同意支付收取应付款项所需的所有合理费用。这些费用可能包括法庭费用、律师费账单金额的 15%, 以及一旦作出判决, 按司法利率计算的利息。

ERISA: 如果我的医疗保险受 ERISA (美国法律下的《雇员退休收入保障法》) 的管辖, 我同意, 当 Johns Hopkins 提出要求时, 允许 Johns Hopkins 代表我行事以获得我的福利。我也同意, 如果医疗保险表示不支付我的护理费用, Johns Hopkins 可以为我上诉。我明白我必须遵守我的员工福利计划所设定的政策和程序。

私人合同: 我明白, 在以下任何一种情况下, Johns Hopkins 将追究我的责任。如发生以下情况, 除此表格外, 我可能会被要求审阅并签署私人合同表格:

- (1) 当我选择接受一项我的医疗保险承保的服务, 但没有从我的医疗保险获得所需的转诊意见或授权时。
- (2) 当我选择不使用我的医疗保险并同意自己支付服务费用时。
- (3) 当我的医疗保险不参与承保 Johns Hopkins 所提供的我想要或需要的服务, 且我同意自己支付我的护理费用时。
- (4) 当我接受不在我的医疗保险承保范围内的服务时。

福利转让: 我向 Johns Hopkins 转让代表我向我的医疗保险提交服务前上诉的权利。

调解协议 (仅适用于马里兰州): 我明白, 任何由位于马里兰州的 Johns Hopkins 实体的医生、护士和其他医疗保健提供方提供的护理可能引起的任何索赔均受马里兰州法律管辖。我同意, 在我提起任何诉讼之前, 我将尝试通过调解方式解决我的索赔。调解是一个由中立第三方协助当事各方解决索赔的过程。如果调解程序未能解决我的索赔, 我不会放弃提起诉讼的权利。我同意, 任何调解或法庭诉讼都必须在马里兰州进行。本协议对我和任何为我提出索赔的人都具有约束力。

Johns Hopkins 隐私惯例做法通知: 我收到了《Johns Hopkins 隐私惯例做法通知》的副本。

同意创建和使用照片、音频和视频录制 (PAVR): 我认可我已收到《Johns Hopkins 照片、音频和视频记录患者信息指南》。我同意允许为了内部教育和质量改进目的, 创建和使用我或我所代表的患者的照片、音频和视频记录 (PAVR) 以及其他图像和记录。首字母: _____ 我授权 _____ 我不授权 _____。

其他检测: 如果医院的工作人员在我的治疗过程中发生体液接触, 我同意进行 HIV 检测并授权医院向我、发生接触的医疗保健员工和我的医生披露检测结果。我了解我有权拒绝检测而不会受处罚。

我授权

我不授权

口译员: 如果使用了口译员, 请填写以下内容: _____ 远程 _____ 面对面

口译员 ID 号 (如果使用了电话/视频口译员) _____ 日期: _____ 时间: _____

口译员姓名 (印刷体): _____

我同意上述条款, 并声明, 就我所知, 所提供的信息 (包括保险) 是准确和正确的。本表格的任何更改皆不予接受。

日期: _____ 时间: _____ 患者签名: _____

对于医疗保健代理人/监护人/代理人/父母/配偶 (请圈选一项), 我, _____ (印刷体姓名), 是患者的代表。

日期: _____ 时间: _____ 代表签名: _____ 与患者的关系: _____

_____ 日期: _____ 时间: _____

门诊患者同意书

Patient Identification Information

第3页，共4页

JOHNS HOPKINS 告知

病理学： Johns Hopkins可处理在手术过程中移除的任何身体组织或部分；出于内部教育和质量改进的目的，可不经我的许可保留、保存、使用和共享这些组织、部分或相关信息（即使这些组织、部分或相关信息可以用来识别我的身份）；经本人许可或经保护研究活动的联邦法律管辖下的审查委员会的批准，可将可用来识别本人身份的组织、部分或相关信息使用或共享用于研究。如果组织、部分或相关信息无法用来识别我的身份，Johns Hopkins可在未经我许可或审查委员会动议的情况下将其用于科学（研究）目的。

病理学（佛罗里达州）： 我授权Johns Hopkins处理在手术过程中移除的任何组织或部分；出于内部教育、研究、质量改进和其他医疗保健运营目的，以及联邦和州隐私法允许的其他情况，保留、保存、使用和共享这些组织、部分或相关信息，包括任何相关的DNA分析，即使这些组织、部分或相关信息可用来识别我的身份。

个人物品： 患者应对自己的个人物品负责，且鼓励患者将所有钱款和贵重物品留在家中。Johns Hopkins对患者带入设施的任何个人财产的损失或损坏不承担任何责任或义务，包括但不限于钱款、假牙、眼镜、助听器、个人电子设备和文件。

经济援助： 我明白，Johns Hopkins设有经济援助政策，可在某些情况下向患者提供经济援助和付款计划。我明白，我可以致电 443-997-3370 或 1-855-662-3017 联系Johns Hopkins客户服务部，索取有关Johns Hopkins经济援助的信息。我在此授权Johns Hopkins调取我的信用报告，用于确定我是否符合获得经济援助或付款计划的资格。我也明白，我可以通过以下网址在线获取信息：

www.hopkinsmedicine.org/patient_care/pay_bill/payment_assistance.html

医生有自己的经济援助政策，患者应联系医生办公室进行咨询。

事前指示： 事前指示可指医疗记录中列出的有关医疗保健的任何书面或口头意愿声明。事前指示告知您的医疗保健提供方在您无法自己表达意见的情况下，谁可以代表您表达意愿，以及他们应该做出哪些医疗决定。此类例子包括委任医疗保健代理人、医疗保健说明/治疗偏好（如：“生前遗嘱”）、口头

事前指示和/或心理健康服务事前指示。如果您有书面的事前指示，请向注册处、您的护士或医生提供一份副本。如果您想完成口头事前指示，或者撤销或修改现有的事前指示，请通知注册处、您的护士或医生。

Johns Hopkins照片、音频和视频记录（PAVR）患者信息指南： 内部教育和质量改进

在签署Johns Hopkins住院或门诊协议书的照片、音频和视频记录（PAVR）同意部分之前，请查看本信息指南。Johns Hopkins为内部质量改进和教育目的而创建和使用的照片、视频和音频记录（PAVR）旨在改善患者护理。PAVR 可能的使用方式示例包括：

- 用于质量改进 - 对患者术前准备进行视频监控，以防止感染并确保符合护理标准。
- 用于内部教育 - 治疗伤口、插入IV（静脉）或进行手术程序的正确方法。

保护您的隐私： Johns Hopkins非常感谢愿意允许我们创建和使用PAVR的患者，只要能让我们改进我们提供的护理。同时，患者的隐私以及医疗和相关信息的保密性是我们的首要任务

- 在创建PAVR期间，会尽可能对您的隐私进行保护，并且在可能的情况下尽量对PAVR进行修改，使您无法被认出。
- Johns Hopkins的工作人员将解释PAVR的任何意图用途并回答您可能会有任何问题。
- 如需将您的PAVR用于内部教育和质量改进以外的目的，应需要您的额外同意和/或授权。
- PAVR可包括但不限于照片、图画、视频或音频记录、数字或电子图像、电影或其他图像

门诊患者同意书

Patient Identification Information

第4页，共4页

在创建或使用 PAVR 时，**了解您的权利**非常重要。您的权利包括：

- 同意创建和使用 PAVR 基于自愿。无论您是否签署同意书，您的治疗都不会受到影响。
- 只有当内部教育和/或质量改进目的不再需要使用您的信息时，您的同意才会终止。
- 您可以在创建 PAVR 时随时口头请求停止创建 PAVR。
- 您在此解除并放弃对您同意的图像和记录的所有补偿和权利主张。
- 在创建图像和记录后，您可以邮寄或传真您的书面请求给您做出或给予同意的护理提供方、诊所或部门，或健康信息部来撤销或撤回您的同意。此类退出只会影响到Johns Hopkins对您的 PAVR 的任何新使用。如果所有身份标识都已从 PAVR 中删除，这一行为可能会不可行。

请务必要求Johns Hopkins的工作人员澄清您可能会有的任何问题。我们感谢您的帮助，并重视您的参与。