

模板 JHACH

患者权利与义务

为了提升患者的安全保障，我们鼓励您对医疗团队开诚布公，了解医疗保健计划，并参与医疗保健的决策及治疗方案的选择。查看下列患者及患者代表的权利与义务，加入我们，成为医疗团队的一员。

您或指定人员有权：

享受礼貌、安全的护理

1. 接受周到、礼貌、富有同情心的护理。
2. 允许您入院后，您的家人、朋友及医生得到通知。
3. 在安全的环境中得到照顾，不受虐待与忽视（口头、精神、身体或性虐待）。
4. 接受医学筛查，紧急医疗状况及分娩时获得稳定处理。
5. 免受限制与隔离（除非出于安全需要）。
6. 获知看护人员的姓名与工作。
7. 知晓学生、居民或其他受训人员参与护理。
8. 您的文化、个人价值观、信仰及愿望得到尊重。
9. 得到心灵关怀。
10. 与道德服务机构谈论有关您的医疗保健问题。
11. 免受歧视，无论种族、肤色、民族血统、年龄、性别、性取向、性别认同或性别表现、生理或心理缺陷、宗教、种族渊源、语言或支付能力。
12. 需要时，得到一份保护及代言服务列表。这些服务帮助特定病人（比如，孩子、老年人、残疾人）行使权利，保护其不受虐待与忽视。
13. 在提供护理服务之前，询问医院收费估价。

有效地沟通并参与护理计划。

14. 以您可以理解的方式获取信息。其中包括免费提供手语及外语翻译、弱视辅助器、助话器、助听器。
15. 从医生或服务者获取以下信息：
 - 您的诊断信息
 - 您的化验结果
 - 护理结果
 - 意外护理结果
16. 参与制定医疗保健计划、出院计划或随时要求对出院计划进行评估。
17. 让家人参与护理决策。
18. 提出问题并 及时得到 对有关问题或询问的答复。



19. 缓解疼痛。
20. 决绝护理。
21. 要求某人陪伴，得到精神支持，除非此人干预您或他人的权利、安全或健康。
22. 在检查、化验或办理手续过程中要求伴侣陪伴。
23. 选择支持者、访客，改变对访客来访的决定。
24. 如果您无法作出医疗保健的决定，选择人员代为决定（并享有患者享有的全部权利）。

生命终结的决定

25. 设立或改变事先指示（亦称之为“生前遗嘱”或“医疗保健永久代理权”）。
26. 如有可能，让人知晓 并遵照您的器官捐献愿望。

知情同意

27. 在提供非紧急护理服务之前，给予以下准许（知情同意），包括
 - 治疗的风险与裨益
 - 可选治疗方案
 - 可选方案的风险与裨益
28. 同意或拒绝参与探索性研究，不会对您的保健护理产生影响。
29. 同意或拒绝将图片用于除护理之外的其他用途。

隐私与保密

30. 拥有隐私，并对有关护理的治疗与沟通保密。
31. 获得一份《健康保险携带和责任法案隐私管理方法通知》

投诉与不满

32. 表示不满，我们会对您的不满进行审查，不会影响对您的保健护理。如有问题或投诉，您可以与医生、护士长或部门主任沟通。
33. 您还可以拨打电话 1-800-456-4543 转分机 78959, 或通过电邮 achRiskManagement@jhmi.edu 联系风险经理。
34. 如问题未得到满意解决，您可以联系其他外部团体，包括:

- **向医院品质提升机构咨询（QIO）有关保险覆盖范围的决定，或者请求提前出院。**
KEPRO
Organization for Beneficiary Family Centered Care (BFCC-QIO)
5201 West Kennedy Blvd., Suite 900
Tampa, FL 33069
1-844-455-8708
- **国家机构:**
Agency for HealthCare Administration (AHCA) Complaint Administrative Unit
2727 Mahan Drive, Mail stop #49
Tallahassee, FL 32308
免费电话：1-888-419-3456 或电邮：CAU@ahca.myflorida.com
- **认证机构：**
The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety



One Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace, IL 60181
1-800-994-6610
patientsafetyreport@jointcommission.org

- 关于歧视事宜，您可以向美国卫生与公共服务部提出民事投诉。
Office for Civil Rights
200 Independence Ave., SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)
OCRMail@hhs.gov
申诉表可在此网站上获取：
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

您有义务：

1. 提供的准确、完整的信息，包括您的健康、地址、电话号码、出生日期、保险公司和雇主有关信息。
2. 如果不能赴约，请电话告知。
3. 尊重您的医疗团队，包括医生、护士技术人员、送餐及清洁人员。
4. 考虑他人的语言和行为及财产，包括注意噪声水平、隐私及访客人数。
5. 愤怒时，控制自己的行为。
6. 给予我方一份事前指示。
7. 如有任何不理解之处，提出问题。
8. 报告意外健康变化。
9. 遵守医院规则。
10. 为拒绝照护或不遵守指示引起的后果承担责任。
11. 将贵重物品保留在家中。
12. 为医院员工或其他病人的所有信息保守秘密。
13. 未经医院员工准许，不得拍照、录像或录音。



14. 支付账单或与我院合作寻找资金支付财务债务。

