

Suburban 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，成为医疗团队的积极一员。

您或您所指定的代表有权：

享受礼貌、安全的医疗服务

1. 接受周到、礼貌、富有同情心的医疗服务。
2. 您入院后，您的家人、朋友及医生会得到通知。
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、住院医师或其他受训人员何时参与护理。
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. 接收与医院和医生收费相关的信息。
14. 在医院提供医疗服务之前，询问医院收费估价。

有效沟通并参与治疗

15. 在您看诊期间，以您可以理解的方式获取信息。其中包括沟通援助，例如免费提供手语及外语翻译，以及在看、说、听各方面的辅助。
16. 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

- 可能的治疗结果及意外状况。

17. 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。
18. 让家人参与医疗决策。
19. 提出问题并及时得到对有关问题或询问的答复。
20. 缓解疼痛。
21. 拒绝医疗服务。
22. 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。
23. 在检查、化验或办理手续过程中要求有人陪护。
24. 选择自己的照顾者和探访者，而且在谁可以来探访的问题上改变决定。
25. 如果在某一时刻您无法对自己的医疗保健作出决定，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

26. 设立或改变事先指示（亦称之为“生前遗嘱”或“医疗保健永久授权书”）。
27. 如有可能，让人知晓并执行您的器官捐献愿望。

知情同意

28. 在接受任何非紧急医疗服务之前，给予以下准许（知情同意），包括
 - 治疗的风险与裨益
 - 治疗的替代方案
 - 替代方案的风险与裨益
29. 同意或拒绝参与不会对您的保健护理产生影响的探索性研究。
30. 同意或拒绝将图片用于除医疗之外的其他用途。

隐私与保密

31. 拥有隐私权及对有关治疗与沟通保密的权利。
32. 可获得一份《健康保险携带和责任法案隐私惯例公告》，其中包含如何访问您的医疗记录。

投诉与不满

33. 可以投诉，我们会对您的投诉进行审查，不会影响对您的医疗服务。如有问题或投诉，您可以与医生、护士长或部门主任沟通。
34. 您也可以联系风险管理部门或护士长，电话：301-896-3100, 转 2000.
35. 如问题未得到满意解决，您可以联系其它外部团体，包括：

- 向医院品质提升机构 (QIO) 咨询有关保险覆盖范围的决定，或者对过早出院提出申诉。

KEPRO

Organization for Beneficiary Family Centered Care (BFCC-QIO) (受益人与家庭照护品质改进组织 (BFCC-QIO))

地址： 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900

Tampa, FL 33069

电话： 1-844-455-8708

- 国家机构:

Maryland Department of Health & Mental Hygiene (马里兰州健康和心理卫生部)

Office of Health Care Quality, Hospital Complaint Unit (保健质量办公室, 医院投诉处)

地址： 7120 Samuel Morse Drive

Second Floor

Columbia, Maryland 21046

免费电话： 1-877-402-8218

- 认证机构：

The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety (联合委员会品质与患者安全办公室)

地址： One Renaissance Blvd.

Oakbrook Terrace, IL 60181

传真： 630-792-5635

使用以下网站主页上 “Action Center (行动中心)” 中的 “Report a Patient Safety Event (报告患者安全事件)” 链接：

www.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 (民权办公室)

地址： 200 Independence Ave., SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

电话： 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. 感到愤怒时，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保密。
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以履行您的财务义务。

