

# 患者的权利和责任法案

Patient Bill of Rights and Responsibilities Chinese Version

您作为约翰·霍普金斯医院的患者，我们鼓励您向医疗团队畅所欲言，积极参与您的治疗选择，通过了解及参与您的医疗来更有效的保护自身的安全。我们需要您的大力配合，因此希望您在医院期间了解您的权利和责任。我们邀请您和您的家人加入我们的行列，成为您医疗团队的积极成员。

## 您的权利

- 您有权在一个安全的环境中获得尊重及周到热情的服务，无论您是怎样的年龄，性别，种族，国籍，宗教，性取向，性别认同或残疾。
- 您有权在一个安全的环境中接受服务，免受任何形式的辱骂，忽视或虐待。
- 您有权被称呼恰当的姓名且被安置在一个维护尊严并加增正面自我形象的环境中。
- 您有权获知医生、护士以及所有指导及/或提供您服务的医疗团队成员的姓名。
- 您有权让家庭成员、您所选择的人以及您自己的医生及时得到您已入院的消息。
- 您有权在您住院期间让某个人留下来作为您情感上的支柱，除非访客的存在会影响到您或他人的权利，安全或健康。您有权在任何时间拒绝任何访客。
- 您有权从您的医生那里得到您的诊断结果，可能的预后，治疗的益处和风险，预期的治疗效果，包括意想不到的结果。您有权在任何非紧急程序开始之前提供书面知情同意书。
- 您有权让您的疼痛得到评估，并参与制定治疗疼痛的计划。
- 您有权免受任何形式无医疗需要的限制和隔离。
- 您的隐私和秘密会得到充分的尊重，无论是在医疗讨论，还是在检查和治疗中。任何种类的检查您都可以要求护送。
- 您有权使用保护和辩护服务以防出现虐待或忽视的情况。医院将提供这些资源的清单。
- 您，您的家人及您所允许的朋友有权参与有关您的护理，治疗以及所接受服务的决定，其中包括在法律允许的范围内拒绝治疗的权利。如果您不遵医嘱擅自离开医院，医院和医生对任何可能出现的医疗后果概不负责。
- 您有权同意或拒绝参与医学研究。您可在任何时候退出研究，而不会影响您使用正常的服务。
- 您有权用您所能理解的方式沟通。医院将免费提供手语和外语翻译。所提供的信息将适合于您的年龄，理解力和语言。如果您有视觉，语言，听觉和/或其它方面的障碍，您将受到额外的帮助，以确保您的服务需求得到满足。
- 您有权订立事前指示书指定某人在您无法做到时代替您作医疗方面的决定。如果您没有事前指示书，我们可以为您提供资料，帮助您制定一个。
- 您有权参与制定出院计划。您会及时被告知有关出院，转移到另一个机构或另一级护理的消息。在您出院之前，您会收到有关随访的信息。



JOHNS HOPKINS  
MEDICINE

THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL

- **您有权**收到有关医院和医生收费的详细信息。
- 有关您医疗的所有交流和记录**都是**保密的,除非法律允许否则不可被披露。您有权看到或得到您病历的副本。通过联系**档案部门**您可以在您的病历中添加信息。若您的私人医疗资讯被披露给他人,您有权要求得到这些人的名单。
- **您有权**同意或拒绝录音,拍照,摄像或其它影像的制作或应用于内部/外部的目的,而不是为了鉴定,诊断或治疗。您有权在这些制品交付使用之前的合理时间内撤销同意书。
- **如果您或您的家人需要讨论**有关您医疗的伦理问题,可随时传呼**伦理服务部**人员。拨打410-283-6104以联络有关成员,三声蜂鸣后,输入您的电话号码,然后按井字键(#)。**伦理服务部**人员会给您回话。
- **您有权**得到精神上的服务。医院的牧师可直接帮助您或可联系您自己的神职人员。您可拨打410-955-5842联系医院的牧师,周一至周五上午八时至下午五时。其它时间,请让您的护士联系值班的医院牧师
- **您有权**您有权对您所接受的医疗服务表示质疑。如果您有难题或投诉,可跟您的医生,护士经理或部门经理交谈。您也可以联系**患者关系部**,电话410-955-2273或电邮 patientrelations@jhmi.edu。

如果您所关注的事项解决的不如意,您也可以联系:

### **Maryland Department of Health & Hygiene** (马里兰健康及卫生部)

Office of Health Care Quality (医疗质量办公室)

Hospital Complaint Unit (医院投诉单元)

地址: Spring Grove Hospital Center  
Bland Bryant Building  
Catonsville, Maryland 21228

电话: 410-402-8000

### **The Joint Commission (联合委员会)**

Office of Quality Monitoring (质量监控办公室)

地址: One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181

电话: 1-800-994-6610

电邮: complaint@jointcommission.org

## **您的责任**

- **希望您能**提供完整准确的资料,包括您的全名,住址,家庭电话,出生日期,社会安全号码,保险公司,以及(需要时)您的雇主。
- 如果您有**事前指示书**,您应该将副本提供给医院或您的医生。
- **希望您能**提供完整准确的有关您的健康和医疗史的资料,其中包括您目前的状况,既往病史,住院史,用药史,维生素,草药制品,以及其它任何涉及到健康的事项,包括您所觉察到的安全方面的风险。
- 当您不明白某些信息或指令时,**希望您能**提问。如果您认为您无法遵循您的治疗方案,您有责任告诉您的医生。如果您不遵循护理、治疗和服务计划,您要承担所有的后果。
- **希望您能**积极参与控制您疼痛的计划,并随时把疗效告诉您的医生和护士。
- **请您务必**把贵重物品留在家中,只带住院所必需的物品。
- **希望您**以礼貌和尊重对待所有医院的工作人员及其他患者和来访者;遵守所有医院的规则和安全法规;且要留心音量,隐私及探访人数。
- **希望您能**提供完整准确的医疗保险覆盖面的信息,并及时支付帐单。
- **您有责任**准时赴约诊,如果您不能赴约,请打电话通知你的保健提供者。