

Consent for Treatment (Arabic)

الموافقة على العناية الطبية

أنا، ----- (اطبع أو اكتب الاسم) أوافق على تقديم الرعاية التي قد تشتمل على إجراءات التشخيص والعلاج الطبي و/أو الإدخال إلى المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ، حسب ما ينصح به طبيبي المشرف أو وكيله المفوض. وإني أعني أن هذه الرعاية قد تتضمن اختبارات (بما فيها صور تشخيصية)، فحوصات، علاج طبي، أخذ صور (بما فيها تسجيلات على شريط الفيديو)، والقيام بتسجيلات صوتية والتي يمكن أن تستعمل لأغراض الطب الباطني وأهداف تربوية. أعني أنه يشترط توفر إستمارة قبول أخرى إذا كان يتم أخذ هذه الصور والتسجيلات لأغراض خارجية؛ كأفلام تجارية، برامج تلفزيونية أو تسويقية. وإذا كان لدي مانع ديني للخضوع لرعاية معينة والتي يمكن أن تتضمن أخذ صور أو القيام بتسجيلات صوتية، فإنه يسمح لي أن أطلب من يوبي إم سي عدم الخضوع لهذا النوع من الرعاية. كما أدرك بأنني قد أكون بحاجة إلى استمارات موافقة خاصة للتوقيع عليها من أجل بعض الإجراءات التي تقتضي اختراق الجسم. وأنفهم أيضا أنه لا تقدم لي أية ضمانات لما سيؤول إليه أي فحص أو أي علاج وأن نتائج أي فحص و/أو أي علاج تظل سرية. وتحتاج الموافقة الشفوية إلى توقيع شاهدين. كما أدرك وأوافق على أن يساعد آخرون تحت إشراف الطبيب المعالج أو يساهموا في تقديم الرعاية الاستشفائية و/أو الطبية داخل المؤسسات الجامعية للمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ. وقد يشتمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر الزملاء والطلبة الطبيين والتمريضيين.

أرخص للمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ ومن يعينهم (1) استعمال معلوماتي الطبية كما هو مبين في بيان أعراف الخصوصية الخاص بالمركز (البيان) و (2) التصرف عند الاقتضاء وبالطرق المناسبة في أية عينات وأنسجة (مثل عينات الدم وسوائل أخرى، المواد الدبقة PAP، رقعات جلدية، إلخ). بعد التخلص منها، لا يمكن استرداد هذه العينات والأنسجة.

وأدرك بأن المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ ومن يعينهم يمكنهم استعمال مثل هذه العينات أو الأنسجة، دون موافقتي (1) كجزء من أنشطته وبرامجه التربوية و(2) لأغراض البحث إذا كانت العينات أو الأنسجة غير محددة الهوية وتستعمل طبقا لأنظمة الولاية والأنظمة الفدرالية الجاري بها العمل. إذا كانت العينات أو الأنسجة غير محددة الهوية فلن يستعملها المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ لغرض البحث دون موافقتي كتابيا.

توقيع المريض	التاريخ	توقيع ممثل المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ
توقيع/هوية من ينوب عن المريض/العلاقة - الاسم	التاريخ	توقيع ممثل المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ

الترتيبات المالية/الكشف عن المعلومات

إني أوافق على فصول الأداء التالية مقابل الخدمات المقدمة:

- أ. إني أرخص للمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ بتقديم فاتورة بالحساب لشركة تأميني وأطلب أداء مثل هذه الاداءات مباشرة ليوبي إم سي. وأشهد بأن المعلومات التي أعطيها بخصوص تغطيتي التأمينية أو مصادر أداء أخرى صحيحة.
- ب. وأفوض للمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ جميع الحقوق المتعلقة بالأداءات التأمينية أو الفوائد التي تؤول لي نتيجة للخدمات التي قدمها لي المركز. وأذن ليوبي إم سي بالتصرف نيابة عني للمطالبة بإعادة النظر من طرف جهاز مخطط رعايتي المدبر ومراجعة الاستخدام بخصوص التغطية الداخلية والخارجية أو النظر في الشكوى.
- ج. وأرخص للمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ بالكشف عن أية معلومات طبية أو معلومات أخرى بخصوص مقامي بالمستشفى والخدمات المقدمة من طرفه أو الخدمات التي قدمها طرف ثالث، إذا استلزم الأمر الحصول على الأداء من

طرف شركة تأميني أو دافع آخر ووكلائهما. كما أذن له بالكشف عن المعلومات الطبية والمعلومات الأخرى بناء على طلب شركة تأميني ودافعين آخرين ووكلائهم والوكالات الحكومية ومن تعيينهم لمعاينة الرعاية المقدمة.

2. إنني أفوض جميع الحقوق في الفوائد أو إجراءات التأمين أو أداءات أخرى أو الأحكام، التي يمكن أن تخول لي مقابل خدمات الطبيب لتفسير خدمات المختبر والباثولوجيا والخدمات الإشعاعية والعصبية والقلبية واختبارات التشخيص والتخدير و/أو خدمات غرفة المستعجلات، وذلك للطبيب أو المنظمة التي قدمتها لي. كما أذن بتقديم طلب الدفع نيابة عني لشركة تأميني.

3. إنني أوافق على أن تتوصل أية مؤسسة فرعية من مؤسسات المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ (بما فيها مستشفيات المركز ومستخدميه وأطباي المعالجين وأجهزة وبرامج أخرى) بمعلومات طبية أو معلومات أخرى، تكون محفوظة في نظم المعلومات الإلكترونية أو مخزنة في أشكال مختلفة لدى كل مؤسسة فرعية على حدا لها علاقة بالعلاج و/أو الخدمات التي قدمها لي المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ أو أية مؤسسة فرعية فيه والمرتبطة بالعناية بي وعمليات الرعاية الصحية الخاصة بي والأداء من أجل العلاج والخدمات. كما أرخص بتوفير المعلومات المتعلقة برعايتي لطبيبي الرئيسي أو طبيب العائلة وكلما كان ذلك ضروريا من أجل الحالات والاستشارة والعلاج و/أو خدمات الرعاية الصحية الأخرى المرتبطة بالعلاج. لكن المعلومات المتعلقة بالصحة السلوكية بما فيها الصحة العقلية والإدمان فهي تحتاج إلى إذن خاص.

4. لقد تم تزويدي ببيان ممارسات الخصوصية بالمركز الطبي لجامعة بيتسبرغ. كما أدرك بأن نسخا إضافية من هذا البيان متوفرة للاطلاع عليه بناء على طلبي. ----- الأحراف الأولى لاسم المريض (ضرورية).

5. وأتفهم بأنه من الممكن الكشف عن معلوماتي بناء على القانون المحلي أو قانون الولاية أو القانون الفدرالي.

6. معلومات ذات حساسية (إذا اقتضى الحال). إنني أوافق على كشف معلوماتي الطبية أو معلومات أخرى ذات حساسية وأذن بذلك (مثلا الصحة السلوكية، بما فيها الصحة العقلية والإدمان) لشركات تأميني ----- لأغراض تسديد فاتورة الحساب ولدافعين آخرين وللوكالات الحكومية أو من يعينونهم لمعاينة الرعاية المقدمة. بالإضافة إلى ذلك واعتبارا لكشف أية معلومات تهمني خاصة بالمخدرات والكحول فينتعين حصرها في هل أنا خاضع للعلاج أم لا وعلى التكهن بمرضي وهيكل البرنامج ونموذج العلاج والخدمات المقدمة لي ووصف موجز لتقدمي في العلاج وعرض مقتضب لإمكانية عودتي إلى تعاطي المخدرات والكحول وتواتر مثل هذه العودة ومعلومات أخرى ينص عليها الفصل 255.5 (ب) من مدونة بنسلفانيا. وأدرك بأنه يحق لي إلغاء هذه الموافقة في أي وقت من الأوقات بإرسال طلب خطي لأحد أجهزة المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ الذي قمت فيه بهذه الموافقة ----- توقيع المريض (ضروري).

7. وإنني أفهم بأن أية مبالغ لم تدفع من تأميني ستظل مسؤوليتي.

شهادة مديكير

أشهد بأن المعلومات التي قدمتها لطلب الأداء طبقا للباب 19 من قانون الضمان الاجتماعي صحيحة وكاملة. وأجيز لكل من يتوفر على معلومات طبية أو معلومات أخرى تهمني الكشف لفائدة مراكز خدمات الرعاية الطبية والمساعدة الطبية أو وسطائهم أو موزعيهم عن أية معلومات يحتاجونها في إطار طلب الرعاية الطبية هذا أو أي طلب يتعلق به. وأطالب بدفع أية فوائد مرخص بها نيابة عني. وأخصص الفوائد الواجب دفعها مقابل خدمات الطبيب للطبيب أو المؤسسة التي قدمتها أو أذن لهذا الطبيب أو هذه المؤسسة تقديم طلب لميديكير للدفع لي.

شهادة مديكيد

أشهد بأن المعلومات الواردة في هذه الموافقة صحيحة وكاملة ودقيقة. وإنني أفهم بأن الدفع وتلبية هذا الطلب سيكونان من الصناديق الفدرالية وصناديق الولاية وأن أية طلبات أو أية تصريحات أو أية وثائق زائفة أو أي إخفاء لحقائق مادية فستكون موضع متابعة طبقاً للقوانين الفدرالية وقوانين الولاية الجاري بها العمل.

الإشعار بالاستلام – بالتوقيع أدناه فإنني أشعر باستلام رسالة مهمة من مديكير/مديكيد/أيتش إم أو/تر ايكير MEDICARE/MEDCIARE HMO/TRICARE (المعلوفة سابقاً بـ CHAMPUS/CHAMPVA) ولا تجعلني أتنازل عن أي حق من حقوقي للمطالبة بمراجعة.

حاجيات المريض القيمة

إنني أبرئ المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ من ضياع الملابس أو النقود أو الحاجيات القيمة أو أطقم الأسنان أو النظارات أو أية أشياء أخرى أقرر الاحتفاظ بها بينما أنا مريض. كما أدرك بأن المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ لن يكون مسؤولاً عن أي شيء يضيع أو يتكسر أو يسرق بعد أن قررت الاحتفاظ به أو جلب إلي وأنا مريض ولن يعوضه.

القاصر القادر على الموافقة على الرعاية (عند الاقتضاء).

إنني أبلغ من العمر أقل من 18 سنة ونظراً للأسباب التالية فإنه يحق لي طبقاً لقانون بنسلفانيا الموافقة على تقديم الخدمات الطبية أو خدمات الأسنان أو خدمات صحية أخرى لي، وعند الاقتضاء لفائدة أطفالي القاصرين دون موافقة أي شخص آخر ----- الأحرف الأولى من اسم المريض (ضرورية عند ملأ هذا الفصل)

توقيع المريض	التاريخ	توقيع ممثل المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ
توقيع/هوية من ينوب عن المريض/العلاقة – الاسم	التاريخ	توقيع ممثل المركز الطبي لجامعة بيتسبرغ

خاص بالمكتب فقط

اسم المريض -----
رقم الحساب ----- رقم (السجل لطبي) rebmuN RM -----

وقع هنا إذا ما لم يُشعر المريض باستلام بيان الممارسات الخصوصية -----
سبب عدم إشعار المريض باستلام بيان الممارسات الخصوصية -----
تم التوصل به مسبقاً رفض أسباب أخرى: -----
عرض الرعاية -----