

침술 및 한의학에 대한 동의서

본인은 Agatha Suk, L.Ac.에 의해 본인(또는 본인이 법적 책임을 지고 있는 아래 이름의 환자)에 대한 침술 및 중국 전통 의학의 범위 내에서 기타 절차 수행을 요청하고 이에 동의합니다.

본인은 치료 방법에 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지 않음을 이해합니다. 침술; 뜸; 커피; 과샤(스크래핑 요법); 바늘 보유; tuina(중국 지압); 전기, 레이저 및/또는 자기 자극; 미세 천자(경증 출혈 요법); 내 몸의 다양한 부위에 대한 진단적 촉진; 약초; 영양 및/또는 생활 습관 상담

나는 한방 요법 의학과 마찬가지로 중국 전통 의학의 치료에도 일부 부작용 및/또는 치료의 위험이 있음을 이해하고 알고 있습니다. 나는 이러한 일이 일어날 것 같지는 않지만 가능하다는 것을 이해합니다. 이러한 영향 중 일부는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 출혈; 바늘이 삽입되거나 해당 위치에서 방사되는 위치의 멍, 무감각, 따끔거림, 통증 또는 기타 강한 감각; 현재 증상의 악화; 새로운 증상의 출현; 일반적인 통증 또는 현기증. 타박상은 과샤와 부항의 일반적인 부작용입니다. 화상 및/또는 흉터는 뜸과 부항의 잠재적 위험입니다. 침술의 특이한 위험에는 감염이나 신경통이 포함되지만 침술사는 살균된 일회용 바늘을 사용하고 깨끗하고 안전한 환경을 유지합니다. 매우 특이한 위험에는 기흉(천공된 폐)을 포함한 장기 천자 및 자발적인 유산이 포함됩니다. 나는 이 문서가 치료의 주요 위험을 설명하지만 다른 부작용과 위험이 발생할 수 있음을 이해합니다.

본인은 진단 또는 치료 전이나 도중에 제안된 진단 절차나 치료 또는 그 일부를 수락하거나 거부할 수 있는 선택권이 있음을 이해합니다.

권장되는 중국 및 서양 허브(식물, 동물 및 광물 소스에서 발생됨)는 전통적으로 일부는 고용량에서 독성이 있을 수 있지만 약초 치료에 안전한 것으로 간주됩니다. 약초 복용의 가능한 부작용으로는 메스꺼움, 가스, 복통, 설사, 두통, 발진, 혀 따끔거림 등이 있습니다. 국소 크림, 도포제, 연고 및 고약을 바르는 것의 가능한 부작용은 발진, 두드러기 및 피부 따끔거림입니다. 나는 일부 약초가 임신 중에 부적절할 수 있음을 이해하며 임신을 알고 있거나 의심되는 경우 침술사에게 즉시 알릴 것입니다. 또한, 나는 한약재의 섭취 또는 적용과 관련하여 예기치 않거나 불쾌한 결과가 발생할 경우 침술사에게 즉시 알릴 것입니다. 나는 침술사(들)가 치료의 모든 가능한 위험과 합병증을 예측하고 설명할 수 있을 것이라고 기대하지 않으며, 치료 과정 동안 알려진 사실에 근거하여 그러한 판단을 수행하는 침술사(들)에 의존하고 싶습니다. 나의 최선의 이익을 위한 치료. 나는 결과가 보장되지 않는다는 것을 이해합니다. 아래에 자발적으로 서명함으로써 본인은 위의 치료 동의서를 읽었거나 읽어 주었으며 침술 치료 및 기타 절차의 이점과 위험에 대해 들었고 질문할 기회가 있었음을 보여줍니다. 본인은 이 동의서가 본인의 현재 상태 및 이 클리닉에서 치료를 받고자 하는 모든 가구 상태에 대한 전체 치료 과정을 포괄하고자 합니다.

이름 Patient Name (printed)

대리인 Representative/Legal Guardian

서명 Patient or Legal Guardian Signature

날자 (Date)

Patient's right to Privacy

귀하의 개인 정보 및 의료 정보를 보호하는 것은 우리 관계 과정에서 기본입니다. Harmony Acupuncture의 직원은 귀하의 이름, 주소 및 전화번호를 사용하여 약속 알림, 약속 후 후속 조치, 치료 대안에 대한 정보 또는 관심을 가질 수 있는 기타 건강 관련 정보를 제공하기 위해 귀하에게 연락해야 할 수 있습니다. 당신에게, 귀하가 부재중일 때 전화로 이 연락을 하면 귀하의 자동 응답기에 메시지가 남거나 전화를 받는 사람에게 메시지가 남게 됩니다. 약속 알림, 카드 및 기타 서신이 귀하의 주소로 발송될 수 있습니다. 이 양식에 서명함으로써 귀하는 이러한 알림 및 정보로 귀하에게 연락할 수 있는 권한을 당사에 부여하는 것입니다. 기본 설정을 변경하려면 직접 알려주십시오.

또한 귀하에게 양질의 치료를 제공하고 특정 법적 요구 사항을 준수하기 위해 귀하가 이 클리닉에서 받는 치료 및 서비스에 대한 기록을 작성합니다. 공개에 대한 귀하의 서면 동의가 없는 한 귀하의 개인 및 의료 정보를 보호, 보안 및 기밀로 유지하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 그러나 HIPAA(Health Insurance Portability & Accountability Act)에 따라 귀하의 명시적인 서면 동의 없이 귀하의 개인 건강 정보가 공개될 수 있는 경우가 있습니다. 여기에는 1) 귀하의 구두 요청, 2) 지불 불이행, 3) 정부 기관에서 요구하는 경우가 포함됩니다.

Financial Agreement Health Insurance

대부분의 보험 정책은 침술 치료를 보장하지만 이 사무소는 귀하의 보험이 보장한다고 진술하지 않습니다. 보험 정책은 침술 치료에 대한 공제액 및 보장 비율 측면에서 크게 다를 수 있습니다. 보험 정책마다 차이가 있기 때문에 환자인 귀하가 공제액 지불 및 이 사무실의 미납 잔액에 대해 개인적으로 책임을 져야 합니다. 저희는 귀하의 보험 적용 범위를 확인하기 위해 최선을 다할 것이며 적시에 귀하의 보험 회사에 비용을 청구할 것입니다.

대부분의 보험 정책은 부항 치료를 보장하지 않으므로 부항 치료를 받는 경우 코페이먼트에 \$30가 추가됩니다.

Appointment Cancellations

약속을 예약할 때 귀하는 다른 환자가 더 이상 사용할 수 없는 우리 달력의 자리를 잡고 있는 것입니다. 우리의 시간과 동료 환자들을 존중하기 위해 약속을 잡을 수 없다는 것을 알게 되는 즉시 저희 사무실로 전화해 주십시오.

취소가 필요한 경우 최소 24시간 전에 전화를 주셔야 합니다. 예약은 수요가 많으며 귀하의 사전 통지를 통해 다른 환자가 해당 시간에 액세스할 수 있습니다.

Late Cancellations / No Shows

약속 시간 6시간 이내에 취소하는 경우 취소는 늦은 것으로 간주됩니다. 노쇼는 환자가 예약을 취소하지 않고 놓친 경우입니다. 어느 경우든 저희는 환자에게 예약 불이행 수수료 \$50를 청구합니다. 취소가 필요한 경우 최소 24시간 전에 전화를 주셔야 합니다. 예약은 수요가 많으며 귀하의 사전 통지를 통해 다른 환자가 해당 시간에 액세스할 수 있습니다.

이름 Patient Name (printed)

서명 (Patient or Guardian)

Date

승인 및 할당

본인이 이 사무실에서 환자가 되는 경우 다음 사항에 동의하는 것으로 이해합니다.

정보 공개 권한

나는 귀하가 전문적으로 제공한 서비스의 결과로 나에게 발생한 모든 비용에 대한 환급을 받기 위해 귀하가 내 상태에 적합하다고 생각하는 모든 정보를 보험, 변호사 또는 조정자에게 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

개업의에게 직접 지불할 수 있는 승인

본인은 본인이 지불해야 하는 금액 또는 미래에 전문의 사무실에서 발생하는 비용의 일부 또는 전체/또는 본인의 합의금 수익금을 변상할 의무가 있는 보험 회사로부터 전문의에게 직접 지급하는 것을 승인합니다. 지불을 위해 이 양식의 사본을 사용할 수 있습니다.

원인 조치의 할당

본인은 계약에 의해 본인에게 지불해야 하는 보험 회사에 대해 소송을 제기할 권리를 실무자에게 양도하고 부여합니다. 본인은 귀하가 이 주장을 해결하기 위해 제 이름으로 조치를 취하는 것을 승인합니다. 내가 이 청구서에 대한 책임을 지기 전에 보험 회사로부터 징수하기 위해 모든 합당한 노력을 기울일 것임을 이해합니다. 보험 회사에서 징수하지 않은 금액은 모두 본인의 책임이며 가능한 한 빨리 지불해야 함을 이해합니다.

이름 **Patient Name (printed)**

대리인 **Representative/Legal Guardian**

서명 **Patient or Legal Guardian Signature**

날자 **(Date)**