

رضایت جهت انجام درمان

[Buford Care Inc.]

بدین وسیله مجوز خود را برای دریافت خدمات پزشکی از طرف این مطب ابراز میدارم.
من به Buford Care Inc اجازه میدهم تا برای دریافت مزایای بیمه جهت پرداخت هزینه های درمانی که دریافت میکنم، درخواست ارسال کند.

من موافقت خود را بدین وسیله عنوان میکنم که:

- مطب باید اطلاعات پرونده پزشکی من را به شرکت بیمه من ارسال کند.
- من باید سهم خود از هزینه ها را پرداخت کنم.
- اگر بیمه من هزینه ها را پرداخت نکند یا اگر بیمه نداشته باشم، من باید هزینه این خدمات را پرداخت کنم.
- من به Buford Care Inc حق انجام آزمایش های تشخیصی، اقدامات پزشکی و غیره را می دهم، مگر اینکه من امتناع کنم.
- من حق دارم که هرگونه روش درمانی را رد کنم.
- من حق دارم که تمام درمانهای پزشکی را با ارائه دهنده خدمات خود بحث کنم.

امضای بیمار یا ولی قانونی

نام بیمار :