



**Ιατρική Ομάδα Προσωπικού [Faculty Group Practice]
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ Ή ΟΛΙΚΗ ΚΩΦΩΣΗ**

Αυτό το έγγραφο θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τον καλύτερο δυνατό τρόπο για να επικοινωνήσουμε μαζί σας και να σας προσφέρουμε τις υπηρεσίες που μπορεί να χρειαστείτε.

Όνομα ασθενούς: _____ MRN: _____

Πάσχω από:	Ολική κώφωση _	Μερική κώφωση_
Επικοινωνώ με νοηματική γλώσσα	_	Ναι _ Όχι
*Χρειάζομαι ένα διερμηνέα νοηματικής γλώσσας	_	Ναι _ Όχι
Μπορώ να μιλήσω	_	Ναι _ Όχι
Είμαι καλός αναγνώστης χειλιών/ομιλίας	_	Ναι _ Όχι
*Χρειάζομαι ένα διερμηνέα προφορικής γλώσσας	_	Ναι _ Όχι
Νιώθω άνετα με τη γραπτή επικοινωνία	_	Ναι _ Όχι

*Εάν θέλετε διερμηνέα, θα παρασχεθεί ένας για σας και το γιατρό σας, χωρίς χρέωση.

Εάν χρειάζεται να επικοινωνήσετε μαζί μου:
Παρακαλώ στείλτε μου μήνυμα SMS στον αριθμό _
Παρακαλώ καλέστε με μέσω υπηρεσίας διαμεταγωγής _
Παρακαλώ στείλτε μου φαξ στον αριθμό _

Φόρμα δημογραφικών στοιχείων ασθενούς ομάδων ειδικοτήτων (Faculty Group Practice) [Faculty Group Practice Patient Demographic Form]

Στοιχεία ασθενούς [Patient Information]	Όνομα (Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο) [Name (Last, First, MI)]		Ηλεκτρονική διεύθυνση [Email address]		
	Διεύθυνση [Street Address]		Πόλη [City]	Νομός [State]	Ταχυδρομικός κώδικας [Zip]
	Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]
	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης [SSN]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Οικογενειακή κατάσταση [Marital Status] <input type="checkbox"/> Ελεύθερος [Single] <input type="checkbox"/> Παντρεμένος [Married] <input type="checkbox"/> Χωρισμένος [Divorced] <input type="checkbox"/> Χήρος [Widowed] <input type="checkbox"/> Σε διάσταση [Separated] <input type="checkbox"/> Σύντροφος [Partner] <input type="checkbox"/> Άλλο [Other]	
	Φυλή [Race]	Εθνικότητα [Ethnicity]	Προτιμώμενη γλώσσα [Preferred Language]	Χώρα προέλευσης [Country of Origin]	
Οικονομικά υπεύθυνος [Financially Responsible Party]	Είναι ο ασθενής ο οικονομικά υπεύθυνος/εγγυητής; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (Εάν είστε πάνω από την ηλικία των 18 ετών και είστε ανασφάλιστοι, είστε εσείς οι εγγυητές, καθώς είστε οι οικονομικά υπόχρεοι για τυχόν χρεώσεις που ενδέχεται να προκύψουν κατά τη διάρκεια της επίσκεψής σας) [Is patient responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If you are over the age of 18 and not in the care of an institution you are the guarantor as you are the person financially responsible for any charges you may incur during your visit)]				
	Όνομα [Name]	Διεύθυνση [Address]	Πόλη/Νομός/Ταχυδρομικός κώδικας [City/State/Zip]	Σχέση με τον ασθενή [Relationship to Patient]	
	Επάγγελμα [Occupation]	Εργοδότης [Employer]	Ηλεκτρονική διεύθυνση [Email Address]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	
	Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]
Στοιχεία επικοινωνίας έκτακτης ανάγκης [Emergency Contact]	Όνομα [Name]		Σχέση με τον ασθενή [Relationship to Patient]		
	Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] () Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]
Στοιχεία παραπομπτικού [Referral]	Όνομα παραπέμποντος ιατρού [Referring Physician's Name]		Τηλέφωνο/Φαξ θεράποντος ιατρού (εάν τα γνωρίζετε) [Physician Phone/Fax (if known)] ()		
	Διεύθυνση θεράποντος ιατρού [Physician Address]				

Ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας Πληροφορίες [PCP Info]	Όνομα ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ελέγξτε εάν είναι ο ίδιος με τον παραπέμποντα ιατρό που αναφέρεται προηγουμένως <input type="checkbox"/> [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above)]		Τηλέφωνο/Φαξ θεράποντος ιατρού (εάν τα γνωρίζετε) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
	Διεύθυνση θεράποντος ιατρού [Physician Address]					
Ασφαλιστικά στοιχεία [Insurance Information]	Φορέας κύριας ασφάλισης [Primary Insurance Company]		Αρ. ασφαλιστηρίου [Policy #]		Αρ. ομάδας [Group #]	
	Σχέση του ασθενούς με τον ασφαλισμένο [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Ο ίδιος [Self] <input type="checkbox"/> Σύζυγος [Spouse] <input type="checkbox"/> Παιδί [Child] <input type="checkbox"/> Άλλο [Other]			Όνομα συνδρομητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	Αρ. κοινωνικής ασφάλισης συνδρομητή [Subscriber's Social Security #]	Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Εργοδότης συνδρομητή [Employer of Subscriber]	Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()	
	Φορέας επικουρικής ασφάλισης [Secondary Insurance Company]		Αρ. ασφαλιστηρίου [Policy #]		Αρ. ομάδας [Group #]	
	Σχέση του ασθενούς με τον ασφαλισμένο [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Ο ίδιος [Self] <input type="checkbox"/> Σύζυγος [Spouse] <input type="checkbox"/> Παιδί [Child] <input type="checkbox"/> Άλλο [Other]			Όνομα συνδρομητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή) [Name of Subscriber (if other than patient)]		
	Αρ. κοινωνικής ασφάλισης συνδρομητή [Subscriber's Social Security #]	Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Εργοδότης συνδρομητή [Employer of Subscriber]	Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()	
Με την υπογραφή μου παρακάτω, δηλώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται είναι σωστές, από όσο μπορώ να γνωρίζω. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]						
Υπογραφή ασθενούς: [Patient Signature]			Ημερομηνία: / _/_. [Date]			
Υπογραφή εγγυητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή): [Guarantor Signature (if other than patient)]			Ημερομηνία: / _/_. [Date]			

**Φόρμα δημογραφικών στοιχείων ασθενούς ομάδων ειδικοτήτων
(Faculty Group Practice) – Παιδιατρική
[Faculty Group Practice Patient Demographic Form – Pediatrics]**

Στοιχεία ασθενούς [Patient Information]	Όνομα (Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο) [Name (Last, First, MI)]				Σημερινή ημερομηνία [Today's Date]		
	Διεύθυνση [Street Address]			Πόλη [City]		Νομός [State]	Ταχυδρομικός κώδικας [Zip]
	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης [SSN]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Φυλή [Race]		Εθνικότητα [Ethnicity]	Προτιμώμενη γλώσσα [Preferred Language]
	Έχουν επισκεφτεί τα γραφεία μας ο ασθενής ή τα αδέρφια του; (Παραθέστε σε λίστα) [Has patient or siblings been seen in our office? (Please list)]					Χώρα προέλευσης [Country of Origin]	
Οικονομικά υπεύθυνος [Financially Responsible Party]	Γονέας 1: [Parent 1] Είναι αυτός ο γονέας ο οικονομικά υπεύθυνος/εγγυητής; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]						
	Όνομα [Name]		Διεύθυνση [Address]		Πόλη/Νομός/Ταχυδρομικός κώδικας [City/State/Zip]		Σχέση με τον ασθενή [Relationship to Patient]
	Επάγγελμα [Occupation]	Εργοδότης [Employer]		Ηλεκτρονική διεύθυνση [Email Address]			Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]
	Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] ()		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] ()		Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]
			Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]				Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]
	Γονέας 2: [Parent 2] Είναι αυτός ο γονέας ο οικονομικά υπεύθυνος/εγγυητής; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι [Is this parent responsible party/guarantor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No]						
	Όνομα [Name]		Διεύθυνση [Address]		Πόλη/Νομός/Ταχυδρομικός κώδικας [City/State/Zip]		Σχέση με τον ασθενή [Relationship to Patient]
	Επάγγελμα [Occupation]	Εργοδότης [Employer]		Ηλεκτρονική διεύθυνση [Email Address]			Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]
Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] ()		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] ()		Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]	
		Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]				Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]	
Στοιχεία επικοινωνίας έκτακτης ανάγκης [Emergency Contact]	Όνομα [Name]				Σχέση με τον ασθενή [Relationship to Patient]		
	Τηλέφωνο οικίας [Home Phone] ()		Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()		Κινητό τηλέφωνο [Cell Phone] ()		
		Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]				Προτίμηση <input type="checkbox"/> [Preferred]	

Στοιχεία παραπεμπτικού [Referral Info]	Όνομα παραπέμποντος ιατρού [Referring Physician's Name]		Τηλέφωνο/Φαξ θεράποντος ιατρού (εάν τα γνωρίζετε) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
	Διεύθυνση θεράποντος ιατρού [Physician Address]					
Ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας Πληροφορίες [PCP Info]	Όνομα ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ελέγξτε εάν είναι ο ίδιος με τον παραπέμποντα ιατρό που αναφέρεται προηγουμένως <input type="checkbox"/>) [Primary Care Physician's Name (Check if same as Referring Physician above <input type="checkbox"/>)]		Τηλέφωνο/Φαξ θεράποντος ιατρού (εάν τα γνωρίζετε) [Physician Phone/Fax (if known)] ()			
	Διεύθυνση θεράποντος ιατρού [Physician Address]					
Ασφαλιστικά στοιχεία [Insurance Information]	Φορέας κύριας ασφάλισης [Primary Insurance Company]		Αρ. ασφαλιστηρίου [Policy #]		Αρ. ομάδας [Group #]	
	Διεύθυνση χρέωσης [Claims Address]		Πόλη [City]	Νομός [State]	Ταχυδρομικός κώδικας [Zip]	Τηλέφωνο [Phone] ()
	Σχέση του ασθενούς με τον ασφαλισμένο [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Ο ίδιος [Self] <input type="checkbox"/> Σύζυγος [Spouse] <input type="checkbox"/> Παιδί [Child] <input type="checkbox"/> Άλλο [Other] _____		Όνομα συνδρομητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	Αρ. κοινωνικής ασφάλισης συνδρομητή [Subscriber's Social Security #]		Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Εργοδότης συνδρομητή [Employer of Subscriber]	Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()
	Φορέας επικουρικής ασφάλισης [Secondary Insurance Company]		Αρ. ασφαλιστηρίου [Policy #]		Αρ. ομάδας [Group #]	
	Διεύθυνση χρέωσης [Claims Address]		Πόλη [City]	Νομός [State]	Ταχυδρομικός κώδικας [Zip]	Τηλέφωνο [Phone] ()
	Σχέση του ασθενούς με τον ασφαλισμένο [Patient's Relationship to Insured] <input type="checkbox"/> Ο ίδιος [Self] <input type="checkbox"/> Σύζυγος [Spouse] <input type="checkbox"/> Παιδί [Child] <input type="checkbox"/> Άλλο [Other] _____		Όνομα συνδρομητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή) [Name of Subscriber (if other than patient)]			
	Αρ. κοινωνικής ασφάλισης συνδρομητή [Subscriber's Social Security #]		Φύλο [Gender] <input type="checkbox"/> Άνδρας [Male] <input type="checkbox"/> Γυναίκα [Female]	Ημερομηνία γέννησης [Date of Birth]	Εργοδότης συνδρομητή [Employer of Subscriber]	Τηλέφωνο εργασίας [Work Phone] ()
<p>Με την υπογραφή μου παρακάτω, δηλώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται είναι σωστές, από όσο μπορώ να γνωρίζω. [By signing below, I acknowledge that the information I provided is correct to the best of my ability.]</p> <p>Υπογραφή ασθενούς: _____ Ημερομηνία: ____/____/____ [Patient Signature] [Date]</p> <p>Υπογραφή εγγυητή (εάν διαφέρει από τον ασθενή): _____ Ημερομηνία: ____/____/____ [Guarantor Signature (if other than patient)] [Date]</p>						

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ
(FACULTY GROUP PRACTICE) ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

Κατανοώ ότι το NYU School of Medicine, οι θεράποντες ιατροί μου και οι αντίστοιχοι εκπρόσωποί τους, θα χρησιμοποιούν και θα γνωστοποιούν τις πληροφορίες υγείας μου για όλους τους σκοπούς που είναι αναγκαίοι για τη θεραπεία, την πληρωμή και τις λειτουργίες φροντίδας υγείας, που συμπεριλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, την αποδέσμευση των πληροφοριών που έχουν ζητηθεί από την ασφαλιστική μου εταιρεία (ή το φορέα μου) και οποιοσδήποτε πληροφορίες που είναι αναγκαίες για σκοπούς προγραμματισμού εξόδου από το ίδρυμα.

[I understand that NYU School of Medicine, my treating physicians and their respective designees, will use and disclose my health information for all purposes necessary for treatment, payment and health care operations, including but not limited to release of information requested by my insurance company (or carrier) and any information necessary for discharge planning purposes.]

- **ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ:** Εξουσιοδοτώ δια του παρόντος την απευθείας πληρωμή των ασφαλιστικών μου παροχών στο NYU School of Medicine. Κατανοώ ότι είμαι οικονομικά υπεύθυνος για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλισή μου. Εξουσιοδοτώ την αποδέσμευση των ιατρικών ή άλλων πληροφοριών που είναι αναγκαίες για την επεξεργασία ασφαλιστικών αξιώσεων εκ μέρους μου.

[ASSIGNMENT OF INSURANCE: I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to NYU School of Medicine. I understand I am financially responsible for non-covered services. I authorize the release of any medical or other information necessary to process insurance claims on my behalf.]

- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ:** Μου δόθηκε ένα αντίγραφο των οικονομικών πολιτικών του NYU School of Medicine και συμφωνώ με τους συγκεκριμένους όρους. Συμφωνώ δια του παρόντος να πληρώσω όλες τις οφειλόμενες χρεώσεις (ή αυτές που θα καταστούν οφειλόμενες) στο NYU School of Medicine για τη φροντίδα και τη θεραπεία μου, συμπεριλαμβανομένων συμμετοχών και εκπιπτόμενων ποσών όπως προβλέπεται από το πρόγραμμά μου. Οι παροχές, εάν υπάρχουν, που καταβάλλονται από ένα τρίτο μέρος, θα πιστωθούν στο λογαριασμό. Κατανοώ ότι θα έχω την ευθύνη για οποιοσδήποτε χρεώσεις εάν ισχύει οτιδήποτε από τα παρακάτω:

[FINANCIAL LIABILITY: I have been provided a copy of the NYU School of Medicine financial policies and agree to the specified terms. I hereby agree to pay all charges due (or to become due) to NYU School of Medicine for care and treatment, including co-payments and deductibles as provided under my plan. Benefits, if any, paid by a third party, will be credited on account. I understand that I will be responsible for any charges if any of the following apply:]

- Το πρόγραμμα υγείας μου απαιτεί εκ των προτέρων παραπομπή από έναν Γιατρό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Physician - PCP) πριν από την παροχή υπηρεσιών από το NYU School of Medicine και δεν έχω λάβει ένα τέτοιο παραπεμπτικό ή λαμβάνω υπηρεσίες επιπλέον του παραπεμπτικού, ή και

[My health plan requires prior referral by a Primary Care Physician (PCP) before receiving services at NYU School of Medicine and I have not obtained such a referral or I receive services in excess of such authorization or the referral, and/or]

- Το πρόγραμμα υγείας μου καθορίζει ότι οι υπηρεσίες που λαμβάνω στο NYU School of Medicine δεν είναι ιατρικά αναγκαίες ή και δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό μου πρόγραμμα, ή και

[My health plan determines that the services I receive at NYU School of Medicine are not medically necessary and/or not covered by my Insurance plan, and/or]

- Το πρόγραμμα υγείας μου έχει λήξει κατά τη λήψη υπηρεσιών στο NYU School of Medicine, ή και

[My health plan coverage has lapsed or expired at the time I receive services at NYU School of Medicine, and/or]

- Έχω επιλέξει να μην χρησιμοποιήσω την κάλυψη του προγράμματος υγείας μου ή/και

[I have chosen not to use my health plan coverage, and/or]

- Ο γιατρός μου δεν συμμετέχει στο πρόγραμμα υγείας μου.

[The physician I see does not participate with my health care plan.]

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ
(FACULTY GROUP PRACTICE) ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

[FACULTY GROUP PRACTICE FINANCIAL POLICIES AND PATIENT RESPONSIBILITY]

- **ΥΠΟΓΡΑΦΗ MEDICARE ΣΤΟ ΑΡΧΕΙΟ (Μόνο για ασθενείς που καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare):** Ζητώ την πληρωμή των εγκεκριμένων παροχών του προγράμματος Medicare είτε σε μένα είτε εκ μέρους μου σε όλους τους παρόχους που μου παρέχουν φροντίδα κατά την παραμονή μου στο νοσοκομείο ή οποιεσδήποτε υπηρεσίες που έχουν παρασχεθεί σε μένα από τους εν λόγω παρόχους. Εξουσιοδοτώ τον κάτοχο ιατρικών και άλλων πληροφοριών που με αφορούν, να γνωστοποιήσει οποιεσδήποτε πληροφορίες στην Medicare ή τους εκπροσώπους της, οι οποίες απαιτούνται για να καθοριστούν αυτές οι παροχές ή παροχές για σχετιζόμενες υπηρεσίες.

[MEDICARE SIGNATURE ON FILE (Medicare Patients Only): I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to me or on my behalf to all providers who treat me during my hospital stay or any services furnished to me by those providers. I authorize the holder of medical and other information about me to release to Medicare and its agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.]

Αριθμός Medicare του ασθενούς _
[Patient's Medicare Number]

Υπογραφή ασθενούς _
[Patient Signature]

- **ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:** Κατανώ ότι μπορεί να λάβω συγκεκριμένες βοηθητικές υπηρεσίες κατά την παραμονή μου στο NYU School of Medicine, όπως αναισθησία, ερμηνεία καρδιολογικών εξετάσεων, υπηρεσίες απεικόνισης (π.χ., ακτινογραφίες, MRI) και παθολογική εξέταση δειγμάτων. Κατανώ ότι ορισμένοι γιατροί μπορεί να μην παρέχουν υπηρεσίες κατά την παρουσία μου, ωστόσο συμμετέχουν ενεργά στην πορεία της διάγνωσης και θεραπείας μου. Εξουσιοδοτώ δια του παρόντος απευθείας την παροχή αυτών των υπηρεσιών βάσει του ασφαλιστηρίου ή των προγραμμάτων που έχουν εκδοθεί σε μένα από τον ασφαλιστικό μου φορέα. Κατανώ ότι ενδέχεται να επιβληθούν πρόσθετες χρεώσεις σε μένα ως αποτέλεσμα αυτών των βοηθητικών υπηρεσιών. Συμφωνώ να καταβάλω όλες αυτές τις χρεώσεις σχετικά με τις εν λόγω υπηρεσίες στο βαθμό που η χρέωση οφείλεται σε πίστωση για παροχές που πληρώθηκαν εκ μέρους μου από οποιονδήποτε τρίτο πληρωτή.

[ANCILLARY SERVICES: I understand I may receive certain ancillary medical services while I am at NYU School of Medicine; such as, anesthesia, interpretation of cardiac tests, imaging services (e.g., x-rays, MRIs) and pathology specimen examination. I understand that some physicians may not provide services in my presence, but are actively involved in the course of diagnosis and treatment. I hereby authorize payment directly for these services under the policy(s) or plan(s) issued to me by my insurance carrier. I understand that I may incur additional charges as a result of these ancillary services; I agree to pay all charges due with respect to such services to the extent the charge is due after credit is given for benefits paid on my behalf by any third party payor.]

- **ΑΚΥΡΩΘΕΝΤΑ Ή ΜΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΝΤΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ:** Κατανώ ότι, ανάλογα με την πολιτική του εκάστοτε ιατρείου, ενδέχεται να μου επιβληθεί χρέωση ακύρωσης εάν δεν παράσχω την απαραίτητη ειδοποίηση για την ακύρωση ή εάν δεν παρουσιαστώ σε ένα ραντεβού μου το οποίο δεν ακύρωσα.

[CANCELED OR NO-SHOW APPOINTMENTS: I understand that, based on the policy of individual physician offices, I may incur a cancellation fee if I do not provide the required notice of cancellation, or if I do not keep my appointment and have not canceled.]

Μου έχουν δοθεί οι Οικονομικές Πολιτικές Ασθενών της Ομάδας Ειδικοτήτων (Faculty Group Practice). Κατανώ τις παραπάνω πληροφορίες, οι οποίες εξηγήθηκαν πλήρως σε μένα.

[I have been provided the Faculty Group Practice Patient Financial Policies. I understand the information listed above which has been fully explained to me.]

Υπογραφή ασθενούς
[Patient Signature]

Ημερομηνία
[Date]

Υπογραφή εγγυητή
[Guarantor Signature]

Ημερομηνία
[Date]

Σύνοψη των Οικονομικών Πολιτικών της Ομάδας Ειδικοτήτων (Faculty Group Practice)

Σας ευχαριστούμε που επιλέξατε το NYU Langone Medical Center για τηνιατρική σας φροντίδα. Εκτιμούμε την εμπιστοσύνη που μας δείχνετε όσον αφορά την ιατρική σας φροντίδα και είμαστε αφοσιωμένοι στο να σας παρέχουμε την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα.

Επειδή οι παροχές υγείας και οι επιλογές κάλυψης γίνονται όλο και πιο περίπλοκες, έχουμε αναπτύξει αυτήντην οικονομική πολιτική για να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε καλύτερα τις ευθύνες σας ως ασθενής. Θα κάνουμε το καλύτερο δυνατό για να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε την προτεινόμενη θεραπεία σας και να απαντήσουμε σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την υποβολή της ασφαλιστικής σας αξίωσης για αποζημίωση.

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας σας, είναι μια σύμβαση ανάμεσα σε εσάς και τηνασφαλιστική σας εταιρεία ή τον εργοδότη σας. Παρακαλούμε, σημειώστε ότι είναι δική σας ευθύνη να γνωρίζετε εάν το ασφαλιστήριό σας έχει συγκεκριμένους όρους ή κανονισμούς, όπως η ανάγκη παραπεμπτικών σημειωμάτων, προ-πιστοποιήσεων, προ-εξουσιοδοτήσεων, όρια για χρεώσεις εξωτερικών ασθενών και οποιεσδήποτε απαιτήσεις για συγκεκριμένους γιατρούς, εργαστήρια ή και νοσοκομεία που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε. Πρέπει να γνωρίζετε για οποιαδήποτε εκπιπτόμενα ποσά, συμμετοχές πληρωμών ή/και συνασφάλιση. Αυτό ισχύει για όλους τους πληρωτές, ανεξάρτητα από το εάν συμμετέχουν οι γιατροί μας.

Εάν δεν είστε βέβαιοι για τις τρέχουσες παροχές του ασφαλιστηρίου συμβολαίου υγείας σας, πρέπει να επικοινωνήσετε με την εταιρεία του προγράμματος για να λάβετε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές, τις πληρωμές που θα καταβάλατε σε μετρητά και τα όρια καλύψεων.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΔΙΑΤΗΡΗΣΤΕ ΑΥΤΑ ΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Ασφαλιστική κάλυψη

Παρακαλούμε, να μας παρέχετε τις πληροφορίες του τρέχοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου σε κάθε επίσκεψη και να μας ειδοποιείτε για οποιεσδήποτε αλλαγές. Θα σας ζητήσουμε ένα αντίγραφο της ασφαλιστικής σας κάρτας για να βγάλουμε μια φωτοτυπία ή να τη σαρώσουμε και να τη διατηρήσουμε για το αρχείο μας.

Παρακαλείστε, να έχετε υπόψη και να παρέχετε οποιαδήποτε απαραίτητα παραπεμπτικά ή εξουσιοδοτήσεις πριν από το ραντεβού ή υπηρεσία. Εάν δεν παρασχεθεί τα παραπάνω πριν σας παρασχεθεί η ιατρική φροντίδα, θα έχετε την ευθύνη για το κόστος της φροντίδας σας. Εάν έχετε απορίες, επικοινωνήστε απευθείας με το φορέα του προγράμματός σας για διευκρινήσεις.

Οι γιατροί μας συνεργάζονται με πολλά ασφαλιστικά προγράμματα, ωστόσο η συμμετοχή διαφέρει ανά γιατρό. Πριν από το ραντεβού σας, παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι ο γιατρός σας είναι εγγεγραμμένος στο δίκτυο (in-network) και οι υπηρεσίες καλύπτονται από το πρόγραμμά σας. Εάν ο γιατρός σας είναι εκτός δικτύου (out-of-network), θα χρεωθείτε με το κόστος της φροντίδας. Θα σας βοηθήσουμε να διαπιστώσετε εάν δικαιούστε παροχές εκτός δικτύου και θα υποβάλουμε μια αξίωση στο φορέα του προγράμματός σας εκ μέρους σας. Ανατρέξτε στην παρακάτω πολιτική εκτός δικτύου (out-of-network) για περισσότερες πληροφορίες.

Παρακαλούμε, ενημερώστε μας σε οποιαδήποτε στιγμή εάν δεν θέλετε να υποβάλουμε μια αξίωση στο φορέα του προγράμματός σας.

Αλλαγή διεύθυνσης

Είναι σημαντικό να έχουμε τις σωστές πληροφορίες της διεύθυνσής σας στο αρχείο μας. Παρακαλούμε, ενημερώστε μας σε οποιαδήποτε στιγμή εάν υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στη διεύθυνση, το τηλέφωνο ή σε άλλες πληροφορίες επικοινωνίας.

Συν-πληρωμή/Συνασφάλιση/Εκπιπτόμενα ποσά

Αναμένετε να πληρώσετε την συν-πληρωμή και οποιαδήποτε συνασφάλιση ή/και εκπιπτόμενα ποσά, εάν είναι γνωστά, κατά τη στιγμή παροχής της υπηρεσίας.

Άλλοι λογαριασμοί

Μπορείτε να λάβετε υπηρεσίες στο NYU Langone Medical Center όπως αναισθησία, ακτινολογικές εξετάσεις, παθολογικές εξετάσεις ή άλλες υπηρεσίες. Αυτοί οι γιατροί παρέχουν ζωτικές υπηρεσίες και συμμετέχουν στη φροντίδα σας ακόμα και εάν δεν είναι παρόντες εκείνη τη στιγμή και δεν τους βλέπετε προσωπικά. Μπορεί να ισχύουν πρόσθετες χρεώσεις για αυτές τις υπηρεσίες.

Επιπλέον, μπορείτε να λάβετε φροντίδα τόσο εσωτερικού όσο και εξωτερικού ασθενούς στο NYU Langone Medical Center. Σε τέτοια περίπτωση, θα λάβετε ένα λογαριασμό του νοσοκομείου για αυτές τις υπηρεσίες. Οι λογαριασμοί του νοσοκομείου είναι διαφορετικοί από τις υπηρεσίες των γιατρών μας. Εάν έχετε ερωτήσεις, μπορείτε να επικοινωνήσετε με το λογιστήριο του νοσοκομείου στον αριθμό (800) 237-6977.

Πληρωμές

Η πληρωμή οφείλεται κατά τη στιγμή της παροχής των υπηρεσιών ή μετά την παραλαβή μιας κατάστασης λογαριασμού από το λογιστήριό μας. Αποδεχόμαστε πληρωμές σε μετρητά, επιταγή, έμβασμα ή πιστωτική κάρτα (*American Express, MasterCard, Visa και Discover*). Οι ακάλυπτες επιταγές υπόκεινται σε χρέωση \$20,00. Δεν αποδεχόμαστε ταξιδιωτικές επιταγές.

Ως υπηρεσία στους πελάτες μας, παρέχουμε μία κλήση ευγένειας [υπενθύμηση εξόφλησης λογαριασμού] και ενδεχομένως άλλες σημαντικές κλήσεις που μπορεί να γίνουν χρησιμοποιώντας ένα προ-εγγεγραμμένο μήνυμα. Δίδοντας τον αριθμό του κινητού τηλεφώνου σας, συναινείτε στο να λαμβάνετε τέτοιες κλήσεις σε αυτό τον αριθμό.

Μη ιατρικές χρεώσεις

Μπορεί να ισχύουν πρόσθετες χρεώσεις σχετικά με τα παρακάτω:

- Ακάλυπτες επιταγές
- Αντιγραφή ιατρικών εγγραφών
- Συμπλήρωση εντύπων αναπηρίας ή άλλων εντύπων

Ραντεβού που δεν τηρήθηκαν

Σε γενικές γραμμές, απαιτείται από το NYU FGP κοινοποίηση ακύρωσης 24 ωρών (1 εργάσιμη ημέρα) για τις περισσότερες επισκέψεις στο γραφείο. Οι επεμβάσεις και οι χειρουργικές διαδικασίες μπορεί να απαιτούν 48 ώρες (2 εργάσιμες ημέρες) ή περισσότερο. Παρακαλούμε, σημειώστε ότι τα Σαββατοκύριακα και οι αργίες δεν θεωρούνται εργάσιμες ημέρες. Εάν δεν τηρήσετε το ραντεβού σας ή δεν το ακυρώσετε με την απαιτούμενη κοινοποίηση, μπορεί να επιβληθούν πρόσθετες χρεώσεις:

- | | | | |
|--------------------------------|------|-------------------------|--------------------------------------|
| • Επίσκεψη στο γραφείο: | \$50 | • Επέμβαση/ Χειρουργείο | Σύμφωνα με την πολιτική του τμήματος |
| • Δεύτερη επίσκεψη στο γραφείο | \$75 | | |
| • Επίσκεψη νέου ασθενούς: | \$75 | | |

Πάροχοι εκτός δικτύου (out-of-network)

Εάν ο γιατρός δεν περιλαμβάνεται στο ασφαλιστικό σας πρόγραμμα, ισχύουντα εξής:

- Η πλήρης πληρωμή οφείλεται κατά τη στιγμή της υπηρεσίας για τυπικές επισκέψεις.
- Η πληρωμή που αναμένεται κατά τηνημερομηνία της υπηρεσίας μπορεί να αποτελεί εκτίμηση του συνόλου των χρεώσεων σας.
- Θα σας δοθεί ένας προϋπολογισμός της χρέωσης πριν από την πραγματοποίηση των υπηρεσιών/επεμβάσεων.
- Απαιτείται μια προκαταβολή πριν από την ημερομηνία της υπηρεσίας για προαιρετικές χειρουργικές επεμβάσεις και διαδικασίες.
- Μετά το ραντεβού σας, θα υποβάλουμε μια αξίωση στο πρόγραμμά σας για τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν.
- Ακόμα κι αν έχετε παροχές εκτός δικτύου (out-of-network), είστε εσείς τελικά υπεύθυνοι για το πλήρες ποσό της χρέωσης.
- Ανάλογα με το πρόγραμμά σας, μπορεί να σταλεί η πληρωμή σε εσάς. Εάν λάβετε εσείς αυτήντην πληρωμή, πρέπει να επιστρέψετε αμέσως το ποσό στο NYU Faculty Group Practice.

Μη καλυπτόμενες υπηρεσίες

Ασθενείς στο πρόγραμμα Medicare. Το πρόγραμμα Medicare μπορεί να μην καλύπτει ορισμένες υπηρεσίες που συνιστά ο γιατρός σας. Θα ενημερωθείτε εκ των προτέρων και θα σας δοθεί μια εκ των προτέρων Κοινοποίηση Δικαιούχου (ABN) να διαβάσετε και να υπογράψετε. Η ABN θα σας βοηθήσει να αποφασίσετε εάν θέλετε να λάβετε υπηρεσίες, γνωρίζοντας ότι είστε υπεύθυνοι για την πληρωμή. Πρέπει να διαβάσετε την ABN προσεκτικά.

Ασθενείς εκτός προγράμματος Medicare. Οποιαδήποτε υπηρεσία που δεν καλύπτεται από το πρόγραμμά σας αποτελεί δική σας ευθύνη και πρέπει να πληρωθεί εξ ολοκλήρου κατά τη στιγμή της υπηρεσίας ή μετά την παραλαβή του λογαριασμού.

Επιστροφές χρημάτων

Εκδίδεται μια επιστροφή χρημάτων όταν έχει προσδιοριστεί μια πληρωμή υπερβάλλοντος ποσού. Εάν πιστεύετε ότι σας οφείλουμε επιστροφή, παρακαλούμε επικοινωνήστε με το λογιστήριό μας στον αριθμό (877) 648-2964.

Αθέτηση πληρωμής

Εάν δεν πληρώσετε το λογαριασμό σας, ο λογαριασμός σας μπορεί να σταλεί σε ένα εξωτερικό γραφείο εισπράξεων. Εάν ο λογαριασμός σας σταλεί σε γραφείο εισπράξεων, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με αυτό απευθείας για να διευθετήσετε το υπόλοιπό σας.

Αλλαγή πολιτικής και χρεώσεων

Αυτές οι πολιτικές και χρεώσεις υπόκεινται σε αλλαγή. Θα καταβάλουμε τις καλύτερες δυνατές προσπάθειές μας να σας διατηρούμε ενημέρους για οποιεσδήποτε τροποποιήσεις.

Γνωρίζουμε ότι η ιατρική φροντίδα μπορεί να είναι ακριβή. Εάν ανησυχείτε για τη δυνατότητά σας να πληρώσετε, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας, για να σας βοηθήσουμε να διαχειριστείτε το λογαριασμό σας. Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις πολιτικές, μη διστάσετε να ζητήσετε περισσότερες πληροφορίες από τους διευθυντές μας ή να καλέσετε το λογιστήριο στον αριθμό που αναφέρεται στην κατάσταση λογαριασμού σας.



Faculty Group Practice
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ
Faculty Group Practice
PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

Κατανοώ τις πολιτικές του Faculty Group Practice του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης για τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε όλους τους ασθενείς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση επαγγελματιών διερμηνέων, έτσι ώστε να μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά οι ασθενείς και οι οικογένειές τους που προτιμούν να επικοινωνούν με το γιατρό τους για θέματα υγείας σε γλώσσα άλλη από τα Αγγλικά. Κατανοώ ότι δεν χρειάζεται να πληρώσω για αυτές τις υπηρεσίες.

I understand the NYU Faculty Group Practice's policies to ensure equal access to all patients. This may include the use of professional interpreters so patients and families who prefer to communicate their healthcare in a language other than English and their doctor can communicate effectively. I understand that I do not have to pay for these services.

Συμφωνώ να παρευρίσκεται ένας επαγγελματίας διερμηνέας στις συναντήσεις με το γιατρό μου όπου συζητούμε ιατρικές πληροφορίες. Κατανοώ ότι ο διερμηνέας τηρεί έναν κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας, που σημαίνει ότι όλες οι πληροφορίες που συζητώ με το γιατρό μου ή το προσωπικό του, είναι εμπιστευτικές.

I agree to having a professional interpreter present when I meet with my doctor to discuss medical information. I understand that the interpreter follows a professional code of ethics which means that all information discussed with my doctor or his staff is confidential.



Faculty Group Practice
ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΑΣ
Faculty Group Practice
PATIENT CONSENT FORM FOR INTERPRETER SERVICES

Η γλώσσα της προτίμησής μου είναι: _____
My preferred language is:

Όνομα διερμηνέα: _____
Interpreter Name: **Όνομα ολογράφως**
Print Name

Παρασχέθηκε διερμηνέας: _____
Interpreter Provided: **Τηλεφωνικά** **Προσωπικά**
Telephonic Face to Face

Δόθηκε άδεια από: _____
Permission Given by: **Όνομα Ασθενούς ή Γονέα/Κηδεμόνα**
Print Name of Patient of Parent/Guardian

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα
Signature of Parent or Guardian

Ημερομηνία: _____
Date:

Μάρτυρας: _____
Witnessed by: **Εκπρόσωπος της Practice - Όνομα και Τίτλος**
Practice Representative – Name & Title

Δπίξεο, έρνπκε ην δηθαίςκα θαη νξήζκέλεο θνξέο ηελ πνρξέζζε απφ ην λφκν λα θνκνπνηηθκε ην πνρξνθνξέο ζαο κε άκνπο ηέφπο. Πξέπει λα πνρξνθκε πνιέο πξνπνρξέζεο ην λφκν, γηα λα κνρξέζνπκε λα θνκνπνηηθκε ην πνρξνθνξέο ζαο γηα ηνπο παζαθάηο κφγπο.

Αθινπξνγλ νξήζκέλα παζαδειγκαηα γηα θάζε πνρξέζε:

- Γεκφζηα πγεία θαη αξθάηα: αλαθνξή λφξο, γελλήζεο ή ζαλάηο, αλαθνξή εθαδφκελεο θαθνπνιέζεο, παζακείεζε ή ελδννηνγελεηαθή βίαο, γηα απνθνξή ζνβαξήο απειήο ηεο πγείας ή ηεο δεκφζηαο αξθάηαο, παζαθνκνρξέζεο αλαθνξή πξνπνρξέζεο θαη αλακνξή πνρξνθνξή γηα ην δηαδηθαζέο αξθάηαο θαη πνρξέζεο.
- Έξεπλα: αλάκπε πξνγξακκάηο θαηαξάθηο πνρξνκνξή πγείαο πνρξέζεο εγθξέζεο απφ ην επηηηεκνιηφ ζπκβνχην εγθξέζεο (IRB) θαη θαηαξάθηεο δηαδηθαζέο ρακνξήο ην λφκν γηα ην απφξξεζεο ζαο, πξνπνρξέζεο γηα κηα εμπεληηθή κείηε, κείηεο πνρξέζεο εμπεληηθήο κνρξέζεο απνρξέζεο απνρξέζεο.
- Γηαθνξή θαη δηαδηθαζέο δηαδηθαζέο: απάηεζε ζε κηα δηαδηθαζή ή δηαδηθαζή ελνιή.
- Απνδεκίζεο εμπαλκνξή θαη άκια θνρξέζεο απηήκαηα: πνρξέζεο ή απνρξέζεο δηαδηθαζέο απηήμαηο απνδεκίζεο εμπαλκνξή, πνρξέζεο επνπτείαο πγείαο γηα δέξνμνρξέζεο πνρξέζεο επηηηεπηή ν λφκν, ελδνιή θνρξέζεο θνρξέζεο (ζηακφ, ελνιή αξθάηα).
- Δθακνξή ην λφκν: ζε έλα αξκνρθνρξέζεο θαηακνξή ην λφκν γηα ηακνπνιέζεο ή εμπεπτείαο ελνιήο πνρξέζεο ή απνρξέζεο.
- πνρξέζεο κε ην λφκν: ζην Γπνπξέο πγείαο θαη Κνιηοκνρξέζεο πνρξέζεο γηα λα δηαδηθαζέο αλ ζπκκνρξέζεο κε ηελ νκνξέζεο λνμνρξέζεο πνρξέζεο απνρξέζεο.
- Καηάηεζεο αλακνρξέζεο απφ θαηακνξή: θνκνπνιέζεο ηεο δηθήο ζαο ηνπνρξέζεο θαη ηεο γελλήο ηνπνρξέζεο κε ζθνπ ηελ ελδνπνιέζεο ηεο νηθνγέλεαο, ηο θίηο θαη ηο πνρξέζεο πνρξέζεο ν λφκν γηα παξνρξέζεο βνρξέζεο ζε θαηακνξή έθηαθηεο αλάθηεο.
- ελνιή κνρξέζεο πνρξέζεο δηαδηθαζέο πνρξέζεο δνξέο ή κηακνρξέζεο νξήζκέο, ηξνχ ή νξήζκέο.
- έλα ηακνρξέζεο, ηακνρξέζεο εμπεπτείαο ή εμπεπτείαο θνρξέζεο απηήμαηα γηα δηαδηθαζέο ηεο εμπεπτείαο ην λφκν.
- πνρξέζεο γηα επηηηεπηερε ρέζεο ή γλνμνπνιέζεο: αλακνξή ζε ην λφκν ζαο ζε κηα αίμνρξέζεο αλακνρξέζεο γηα έλα ξακνρξέζεο πνρξέζεο λα ην απνρξέζεο ηη παξεπξέζεο κνρξέζεο ζηακνρξέζεο αίμνρξέζεο απηή. Καηακνρξέζεο θάζε εμπεπτείαο πνρξέζεο γηα ηνλ πνρξέζεο ηο πνρξέζεο ζπκκνρξέζεο ρέζεο θαη γλνμνπνιέζεο.

ηο παζαθάηο πνρξέζεο, κνρξέζεο λα ρέζεο κνρξέζεο ή λα θνκνπνηηθκε ην πνρξνθνξέο ζαο, εθηεο εάλ έρεηε αλνρξέζεο ή αλ θαο δνρξέζεο ζηακνρξέζεο ηελ άδεηα ζαο. Αλ γηα θάκνπο κφγπο δελ κνρξέζεο λα θαο πείηε ην πξνπνρξέζεο ζαο, γηα παζαδειγκα, αλ είηε αλαίμνρξέζεο/ε, κνρξέζεο λα θνκνπνηηθκε ην πνρξνθνξέο ζαο αλ πνρξέζεο φηη απηή είηε πξν φθηεο ζαο.

- Γηα ηνλ θαηάκνρξέζεο ηο αξέζεο, ζπκκνρξέζεο κνρξέζεο ηνλ ηέθηαο πνρξέζεο πνρξέζεο, φηη π.ρ. έλα ηέξεο ή ξαβίλν.
- ηελ νηκνγέλεα, ηνπο θίηο ή άκια άηαο πνρξέζεο ζπκκνρξέζεο ζηακνρξέζεο ή ζηακνρξέζεο πνρξέζεο γηα απηή.

□ ηο παξαθάηο πεξηπεψζεο, ζα ρξεζηκνπνηήζνπκε ή ζα θνηλνπνηήζνπκε ηηο πεξνθνξέο ζαο
 κνλ αλ θαο δπζηε ηελ άδεή ζαο:

- Γηα ζνπλνρν κάζεηηηλ
- Πηεζε ηοι πεξνθνξέο ή γηα πεξοθή απφ ηξίην
- Δπείθεξε θνηλνπνίεζε ζπνκεηεηηθνλ ζεκεηώζεο
- Γηα νπνηνδήπνηε **άηνπ φγνπ** πνπ δελ πεξηγξάθεηαι ζηελ παξνχζα Δηδνπνίεζε

Μπνξείηε λα αλαθαίξεηε (λα πάξεηε πίεζε) απηήλ ηελ άδεηα, εηηφο αλ ηελ έρνπκε ή δε
 αμηνπνηήζεη, επηθνηλσλνύκαο κε ηνλ Αξθηνδνχ Ηδνσηηθνχ Απνξξήηνπ.

Τα δικαιώματά ζαο

Όζνι αθνξά ζηηο πεξνθνξέο πγείαο ζαο, έξεηε νξηζέηαο δηθαησκαηα. Μπνξείηε λα θάιεηε ηα
 εμή:

- Αλαζθνπεξε ή ηήζε αηηηνγέηηο ζε εηεθεηνλνγία ή έιηππε κνξθή ηνπ ηαξνχ ζαο
 αξείνπ, ζπκπεξηηακβαλνκέλνι ηοι αξείοι ιγναηηαζκνι. Διδήξεηαι λα ρξεοζείηε κε κηα
 ιγνθία ακνηβή πνπ δελ ζα πεξβαίλεη ηα 75 ζεηηο αλά ζεηίδα γηα ηα έιηππα αηηηόγεηα ή
 κε έλα ιγνθφ θφζηηο γηα ηελ παξνρή εηεθεηνλνγίαο κέζεο γηα ηα εηεθεηνλνγίαο αξεία
 (ζπλ ηα έμνδα ηαξνδνκνχ ην απνζηνχ, αλ δεηήζεηε ηελ ηαξνδνκνύζε ηοι αξείοι ζαο).
 Σα αξεία ζα παξέρνληαι εηηφο 3 έσο 10 εθεηπλ απφ ηελ πνπνβηή ηνπ αηηηακφο ζαο. □ε
 πεξίπησζε θαζπζηέξεζε, ζα ζαο ειεθεηψζνπκε ζρεηηθά. Μπνξείηε, επίζε, λα έξεηε
 πξφζβαζε ζηηο πεξνθνξέο πγείαο ζαο απεπθείαο ρξεζηκνπνηνύκαο ηελ **αζθαηή πηε**
αζέιπλ ηνπ νξγανηζκνχ θαο, MyChart ζηην NYU Langone ζηε δηεχζπλζε
<https://mychart.nyulmc.org/>.
- Αίηεκα πεξί εκπηεηηθήο επηθνηλσλίαο. Μπνξείηε λα θαο δεηήζεηε ε επηκνηλσλία θαο λα
 γίλεηαι κε έλαλ ζπγθεθξηκέλν ηξφπν, γηα παξάδεηγκα, κέζεο θηηηηνχ ηεηεθνλνπ.
 Δθείο ζα πνχκε «λαη» ζε φηα ηα ιγνθία αηηηακα.
- Εεηήζεηε θαο λα πεξνθνξέηε ηηο πεξνθνξέο πνπ ρξεζηκνπνηνύκε ή θνηλνπνηνύκε γηα ηε
 ζεξαπεία, ηελ πεξοθή ζαο θαη ηηο εηηηεηεηεο πγηνλνκνχ πεξίζαηεο. Γελ είκαζε
 ππνρθεηνλνγία λα ζπκθνιήζνπκε κε ην αίηεκά ζαο, ζηηφζν, ζα ην εμεηάζνπκε. Όκα
 πεξνφλεηε γηα έηηαθεο πεξέζεηο, εμ νηηηήζνπ, θαη θαο δεηήηε λα κελ θνηλνπνηήζνπκε
 ηηο πεξνθνξέο ζηηο πξφγξακκα **αζθαηέο** πγείαο ζαο, ζα ζπκθνιήζνπκε, εηηφο εάλ
 πάξεηε λφκν πνπ θαο ππνρφπλεη λα θνηλνπνηήζνπκε ηηο ζπγθεθξηκέλεο πεξνθνξέο.
- Εεηήζεηε θαο λα δηηεψζνπκε ην ηαξνφ ζαο αξείν, αλ είηαι αλαθνηβέο ή αηεείο. Μπνξεί
 λα πνχκε «φρη» ζηηο αίηεκά ζαο, ζηηφζν, ζα ζαο εμεηάζνπκε ηνλ φγνπ εηηφο 60
 εθεηπλ.
- Δμαζθαίζεηε κηα **ίζηα** κε ηα αίηεκα ζηα νπνία έρνπκε θνηλνπνηήζεη πεξνθνξέο.
 Μπνξείηε λα δεηήζεηε κηα **ίζηα** (φπνπ έρνπλ πνπνβηή) κε ηηο θνξέο πνπ έρνπκε
 θνηλνπνηήζεη ηηο πεξνθνξέο ζαο θαη ηνλ φγνπ πνπ ηα έλαη γηα ηα έμ ηε πξφπ
 αίηεκά ζαο. Ζ **ίζηα** απηή δελ ζα πεξηακβαίλεη φηεο ηηο γλσζηνπνηήζεη, φπσο π.ρ. εηείινο
 πνπ έγηηαι γηα ηε ζεξαπεία, ηελ πεξοθή θαη ηηο εηηεηεηεο πγηνλνκνχ πεξίζαηεο.
 Έξεηε ην δηθαίωκα λα δεηήζεηε απηή ηε **ίζηα** κία θνξά θάδε 12 κήηεο ρεηε ρεηε,
 ζηηφζν, ειδήξεηαι λα ζαο ρεψζνπκε γηα ην θφζηηο παξορήο επηπέδνι ιηηηπλ ζηη
 ζπγθεθξηκέλν ρεηηηφ δηάζηεκα.
- Δμαζθαίζεηε έλα αηηηόγεηο απηήο ηεο Δηδνπνίεζεο πεξί απνξξήηνπ. Απφ δεηήζεη ηελ
 θαη ζα ζαο δπζνπκε έλα αηηηόγεηο ζηε κνξθή πνπ ζείηε (έιηππε ή εηεθεηνλνγία).

- Διπλήμε θάπνηνλ λα ιεηνηπξίγηζε εθ κέξνηο ζαο. Απνηο ν «πξνζσπηθφ εηθξφζσπνο» κπνίεη λα αξθήζε ηα δηθαησκατά ζαο θαη λα θάιεη επηηηγέο ζξεηηθά κε ηην πξενθθξίεο πγείαο ζαο. Γειηθά, νη γνιείο θαη νη θεδεκφιεο ηοι αλειύοι ζα έρνπλ απηφ ην δηθαίωκα γηα ην παίδι ηνπο, εηηφο αλ ην αλήιηην έρεη άδεηα απφ ην λφκν λα ιεηηπξεί κφιν ηνπ.
- Τπνβάζεηε έλα παζάπλν αλ αξζζάιεζε φηη παζαβηάδνληαη ηα δηθαησκατά ζαο. Μπνίεηε λα επηθνηιήζεηε κε ηνλ Αξκφδην Ηδησηηνχ Απνξξήηηπ ηνπ NYU Langone ή ηνλ Γξακκαέα ηνπ Τπνπξείνπ Τγείαο θαη Κηηιοληθπλ Τπεξέζηηπ ηοι Ζλσκέηοι Πνιηηεηπλ. Δθείο δελ ζα πξνβνηκε ζε αλθίπνηηα νηηε ζα θηιέζνηκε ειαλνίλ ζαο επεηδή ππνβάζεηε έλα παζάπλν.
- Εεηήζε πξφζζεηε πξνζηαζία ηνπ απνξξήηηπ ζαο ζε ζρέζε κε ην ειεθηξνιηθφ ηηξίθφ ζαο αξείν.

Οι εσθύνεο ηαο

- Δίκαζε ππξέζεκέληα απφ ην λφκν λα δηηεξνχκε ην απφξξεην ηοι πξνζηαηεφκεηοι πξενθθξίηηπ πγείαο ζαο.
- Θα ζαο εηδνπνηήζνπκε αλ πξνβνηκε παζαβίαζε πνπ κπνίεη λα ζέζεη ζε θίιδοπν ην απφξξεην ή ηελ αξθάηεηα ηοι ηαηηνπνηήζηκοι πξενθθξίηηπ ζαο.
- Πξέπεη λα ηεξνχκε ηην πξοθηηέο πνπ πεξηγξάθνληαη ζηελ παρρζα Δηδνπνίεζε θαη λα ζαο δηζνχκε έλα αλνίγξαθφ ηεο.
- Γηηεξνχκε ην δηθαίωκα λα αιάμνπκε ηνπο φξνπο απηήο ηεο Δηδνπνίεζεο θαη νη αιαγέο ζα ηζρνχπλ γηα φηεο ηην πξενθθξίεο πνπ έρνπκε γηα εζάο. Ζ λέα Δηδνπνίεζε ζα δηηίξεηαη θαηηηλ αηηήκαηνο θαη ζα αλαηεξεί ζηνλ ηζρηνπνπ καο ζηε δηεχπλζε www.nyulangone.org.

Απορίες ή προβληματισμοί

Αλ έρεηε θάπνηα απνξία ή επηζκείηε λα αξθήζεηε ηα δηθαησκατά ζαο πνπ πεξηγξάθνληαη ζε απηήλ ηελ Δηδνπνίεζε, επηκνηιήζεηε κε ηνλ Αξκφδην Ηδησηηνχ Απνξξήηηπ ζηε δηεχπλζε: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Τπφζηλ: Αξκφδην Ηδησηηνχ Απνξξήηηπ, ηειεθωηθά ζηνλ 1-877-PHI-LOSS ή ζηνλ 212-404-4079 ή κέζσ email ζηε δηεχπλζε compliance.help@nyumc.org.

Σα πεξηζζφρεξα αηηήκαηα γηα άζθεζε ηοι δηθαηωκάηηοι ζαο πξέπεη λα ππνβάζνληαη εγγξάθσο ζηνλ Αξκφδην Ηδησηηνχ Απνξξήηηπ ή ζηνλ γξαθείν ηνπ θαηάιεινπ γηαηίηηπ ή ηηκήκαηνο ηνπ λνζνκείνπ. Γηα πεξηζζφρεξο πξενθθξίεο ή γηα λα ιάβεηε έλα έιηπν αίηεζεο, επηκνηιήζεηε κε ηνλ Αξκφδην Ηδησηηνχ Απνξξήηηπ ή επηθθεθίεηε ηε δηεχπλζε <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Ζ παρρζα Δηδνπνίεζε ηζρνεη απφ ηελ 01/01/2016.

ΕΝΣΤΗΘ ΑΠΟΔΟΥΗ

ΑΙΘΡΟΗΧΗ Η ΠΡΑΚΣΙΚ

Τπογπάθονηαρ ασηό ηο ένησπο, αποδέσομαι όηι μοσ έσει δοθεί ένα ανήγπαθο ηηρ
Ειδοποίησηρ Πρακτικών Αποπλήξης ηος NYU Langone Medical Center.

Όνομα αζθενούρ: _____

Τπογπαθή: _____ Ημερομηνία: _____

Όνομα ποζυπικού εκπποζώπος (εάν ζπάψει): _____

Εξοζζιοδότηζη ποζυπικού εκπποζώπος (π.σ. γονέαρ, κηδεμόναρ, πληπεξούζιορ
εκππόζυπορ ζγειονομικήρ πεπίθαλτηρ):

εζσ από ηην 01/01/2016.



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ [FACULTY GROUP PRACTICE]-
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΙΜΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ**

Σας ευχαριστούμε που επιλέξατε την Ιατρική Ομάδα Προσωπικού [Faculty Group Practice] του NYU Langone Medical Center για την ιατρική σας φροντίδα. Οποιοσδήποτε εργαστηριακές υπηρεσίες ή δείγματα που παρέχονται από το NYU αποστέλλονται στο εργαστήριο εξωτερικών ιατρείων του NYU Langone Medical Center για επεξεργασία. Το εργαστήριο εξωτερικών ιατρείων είναι μια νοσοκομειακή υπηρεσία που χρεώνεται ξεχωριστά από την επίσκεψη του γιατρού σας. Το εργαστήριο του NYU Langone Medical Center συμμετέχει στα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα. Ωστόσο, ορισμένα προγράμματα προβλέπουν προτιμήσεις για συγκεκριμένες εργαστηριακές εγκαταστάσεις. Πρέπει να διαβάσετε το πρόγραμμα εργαστηριακών ασφαλιστικών καλύψεων για να κατανοήσετε τις παροχές σας, επειδή οι παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί να υπόκεινται σε νοσοκομειακές συνασφαλίσεις και εκπιπτόμενα ποσά. Αποτελεί δική σας ευθύνη να κατανοήσετε τις παροχές του ασφαλιστικού σας προγράμματος και να ειδοποιήσετε το προσωπικό ή τους γιατρούς τους εργαστηρίου που προτιμάτε σε κάθε επίσκεψη. Βάσει του δικού σας αιτήματος, θα στείλουμε το δείγμα σας στο εργαστήριο της επιλογής σας.

Εάν έχετε ερωτήσεις, το προσωπικό του ιατρείου μας θα απαντήσει στις ερωτήσεις σας ή θα σας παραπέμψει στον ασφαλιστικό σας φορέα.

**NYU Faculty Group Practice
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
[NON-PARTICIPATING FINANCIAL AGREEMENT]**

Ενημερώθηκα από το NYU School of Medicine ότι ο γιατρός μου δεν συμμετέχει στο ασφαλιστικό μου πρόγραμμα και συνεπώς θα είμαι οικονομικά υπεύθυνος για την πλήρη πληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνεπώς, συμφωνώ με τα παρακάτω:

[I have been advised by NYU School of Medicine that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be financially responsible for full payment of services rendered. As such, I agree to the following:]

Υπηρεσίες γραφείου (Επισκέψεις στο γιατρό) [Office Services (Doctor Visits)]

- Αναμένεται πλήρης πληρωμή για τακτικές επισκέψεις στο γραφείο κατά την παροχή των υπηρεσιών.

[Payment for routine office visits is expected in full at the time services are rendered.]

- Θα ενημερωθώ για το κατά προσέγγιση ποσό της πληρωμής κατά τη στιγμή του προγραμματισμού.

[I will be informed of the estimated payment at the time of scheduling.]

- Θα σταλεί, χωρίς χρέωσή μου, μια αξίωση στον ασφαλιστικό μου φορέα εκ μέρους μου.

[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]

- Σε ορισμένες περιπτώσεις, το πραγματικό ποσό της συνολικής χρέωσης μπορεί να μην είναι γνωστό κατά τη στιγμή της παροχής υπηρεσιών. Εάν οι πραγματικές χρεώσεις υπερβαίνουν την πληρωμή που καταβλήθηκε κατά τη στιγμή της παροχής της υπηρεσίας, θα χρεωθώ για οποιοδήποτε υπόλοιπο για το οποίο και θα είμαι υπεύθυνος. Εάν η πραγματική πληρωμή είναι μικρότερη από αυτήν που κατέβαλα, θα λάβω επιστροφή χρημάτων ή θα επιλέξω την αντιστάθμιση του υπερβάλλοντος ποσού με τα άλλα υπόλοιπα για τα οποία είμαι υπεύθυνος ως ασθενής.

[In some cases the actual amount of total charges may not be known at the time of service. Should the actual charges be more than the payment made at time of service, I will be billed for and responsible for any remaining balances. Should the actual amount be less than I paid, I will receive a refund or elect to have the overpayment applied to other patient responsible balances.]

- Εάν έχω παροχές εκτός δικτύου (out-of-network), ο ασφαλιστικός μου φορέας θα καταβάλει την πληρωμή, μείον το εκπιπτόμενο ποσό και σύμφωνα με τις διατάξεις του προγράμματός μου για παροχές εκτός δικτύου και θα είμαι υπεύθυνος για το υπόλοιπο του λογαριασμού μου ανεξάρτητα από το ποσό που θα πληρώσει η ασφαλιστική εταιρεία.

[If I have out-of-network benefits, my insurance carrier will make payment, less deductible and according to the out-of-network provisions of my plan, and I will be responsible for the balance of my bill no matter what the insurance company pays.]

Υπηρεσίες εξετάσεων που δεν αποτελούν μέρος της επίσκεψης στο γιατρό
(ΗΚΓ, υπερηχογράφημα, κ.λπ.)

[Testing Services Not Part of the Doctor Visit (EKG, Echo, etc.)]

- Θα σταλεί, χωρίς χρέωσή μου, μια αξίωση στον ασφαλιστικό μου φορέα εκ μέρους μου.

[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.]

- Θα χρεωθώ για οποιαδήποτε υπόλοιπα που δεν έχει πληρώσει η ασφαλιστική μου εταιρεία για τα οποία θα έχω την ευθύνη.

[I will be billed for and responsible for any balances not paid by my insurance.]

Επιλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις (Εσωτερικού ασθενούς, Εξωτερικού ασθενούς και Ιατρικού Γραφείου)
[Elective Surgeries (Inpatient, Outpatient and Office-Based)]

- Θα ενημερωθώ για το κατά προσέγγιση ποσό κατά τη στιγμή του προγραμματισμού και θα μου ζητηθεί να υπογράψω μια οικονομική σύμβαση πριν από την παροχή της υπηρεσίας.
[I will be informed of the estimated amount at the time of scheduling and asked to sign a financial agreement prior to provision of the service.]
- Μια ελάχιστη προκαταβολική πληρωμή 20% των κατά προσέγγιση χρεώσεων θα εισπραχθεί πριν από την υπηρεσία που θα παρασχεθεί.
[A minimum pre-payment of 20% of the estimated charges will be collected prior to the service being rendered.]
- Θα σταλεί, χωρίς χρέωσή μου, μια αξίωση στον ασφαλιστικό μου φορέα εκ μέρους μου, εάν ζητηθεί.
[A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf, if requested.]
- Το ποσό που θα αναφερθεί πριν από την παροχή της υπηρεσίας αποτελεί προσέγγιση και οι πραγματικές χρεώσεις μπορεί να ποικίλλουν. Θα χρεωθώ για οποιοδήποτε υπόλοιπο για το οποίο και θα είμαι υπεύθυνος.
[The amount quoted prior to the service is an estimate and actual charges may vary; I will be billed for and responsible for any remaining balances.]

Κατανούω ότι όλα τα υπόλοιπα είναι οφειλόμενα με την παραλαβή της κατάστασης λογαριασμού από το NYU. Κατανούω επίσης και συμφωνώ ότι εάν η ασφαλιστική μου εταιρεία καταβάλει την πληρωμή σε μένα απευθείας, θα προωθήσω αυτήν την πληρωμή αμέσως στο NYU.

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU. I also understand and agree that if my insurance company makes payment to me directly I will forward that payment to NYU immediately.]

Όνομα ασθενούς ολογράφως
[Print Patient Name]

Όνομα γιατρού ολογράφως
[Print Physician Name]

Υπογραφή ασθενούς
[Patient Signature]

Ασφαλιστικό πρόγραμμα
[Insurance Plan]

Ημερομηνία
[Date]

NYULMC HIE, Care Everywhere και Healthix Δελτίο δεδομένων

Λεπτομέρειες σχετικά με τις πληροφορίες των ασθενών στα NYULMC HIE, Care Everywhere και Healthix και τη διαδικασία συγκατάθεσης:

- 1. Πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες σας.** Οι ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας θα χρησιμοποιηθούν από τους Συμμετέχοντες του HIE και τους Παρόχους του Care Everywhere μόνο:
 - Για την παροχή ιατρικής θεραπείας και σχετικών υπηρεσιών σε εσάς.
 - Για να ελεγχθεί εάν έχετε ασφάλιση υγείας και τι καλύπτει.
 - Για την αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται σε όλους τους ασθενείς.

Εκτός εάν επιτρέπεται διαφορετικά από τους πολιτειακούς και ομοσπονδιακούς νόμους και εάν επιτρέπεται από την Healthix, οι ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας θα γνωστοποιηθούν, προσπελαστούν και χρησιμοποιηθούν από τα προγράμματα ασφάλισης υγείας του NYULMC μόνο για:

- Παροχή δραστηριοτήτων διαχείρισης φροντίδας. Αυτές περιλαμβάνουν βοήθεια σε εσάς για την εξασφάλιση της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται σε εσάς, το συντονισμό της παροχής πολλαπλών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται σε εσάς ή την υποστήριξή σας μετά από ένα πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας.
- Παροχή δραστηριοτήτων βελτίωσης ποιότητας. Αυτές περιλαμβάνουν την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται σε σας και σε όλους τους ασθενείς και τα μέλη του NYULMC.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η επιλογή που κάνατε σε αυτό το Έντυπο Συγκατάθεσης ΔΕΝ επιτρέπει στις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας να προσπελάσουν τις πληροφορίες σας για να αποφασίσουν εάν θα σας παρέχουν ασφάλιση υγείας ή εάν θα πληρώσουν τον λογαριασμό σας. Μπορείτε να κάνετε αυτή την επιλογή σε ένα ξεχωριστό Έντυπο Συγκατάθεσης που πρέπει να χρησιμοποιήσουν οι ασφαλιστικές εταιρείες υγείας.

- 2. Ποιοι είναι οι τύποι των πληροφοριών σας που συμπεριλαμβάνονται.** Εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, οι Συμμετέχοντες της HIE και οι Πάροχοι του Care Everywhere μπορούν να προσπελάσουν ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας μέσω του NYULMC HIE και όλοι οι υπάλληλοι, εκπρόσωποι και τα μέλη του ιατρικού προσωπικού του NYU Hospitals Center μπορούν να προσπελάσουν ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας που διατίθενται μέσω της Healthix. Αυτό συμπεριλαμβάνει πληροφορίες που δημιουργούνται πριν και μετά την ημερομηνία αυτού του Εντύπου Συγκατάθεσης. Τα αρχεία υγείας σας μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ιστορικό των ασθενειών ή τραυματισμών σας (όπως διαβήτη ή ένα κάταγμα οστού), αποτελέσματα εξετάσεων (όπως ακτινογραφίες ή αναλύσεις αίματος) και λίστες των φαρμάκων που έχετε πάρει. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να σχετίζονται με ευαίσθητες καταστάσεις της υγείας σας, που συμπεριλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό:

• Προβλήματα αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών	• Ψυχολογικές παθήσεις
• Αντισύλληψη και εκτρώσεις (οικογενειακός προγραμματισμός)	• HIV/AIDS
• Γενετικές (κληρονομικές) ασθένειες ή εξετάσεις	• Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

- 3. Από πού προέρχονται οι πληροφορίες υγείας σας.** Οι πληροφορίες υγείας σας προέρχονται από μέρη που σας παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες ή ασφάλιση υγείας («Πηγές Πληροφοριών»). Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν νοσοκομεία, γιατρούς, φαρμακεία, κλινικά εργαστήρια, ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, το πρόγραμμα Medicaid και άλλους οργανισμούς ηλεκτρονικών δεδομένων υγείας (ehealth) που ανταλλάσσουν πληροφορίες υγείας ηλεκτρονικά. Διατίθεται μια πλήρης λίστα των τρεχουσών Πηγών Πληροφοριών του HIE από το NYU Hospitals Center ή τον πάροχο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης του Συμμετέχοντα του HIE, όπως ισχύει. Μπορείτε να λάβετε μια ενημερωμένη λίστα των Πηγών Πληροφοριών οποιαδήποτε στιγμή, ελέγχοντας τον ιστότοπο του NYULMC HIE <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Αρμόδιο Ιδιωτικού Απορρήτου [Privacy Officer] του NYULMC μέσω επιστολής στη διεύθυνση: NYU Langone Medical Center, Privacy Officer, One Park Ave, 3rd Floor, New York, NY 10016 ή καλώντας τον αριθμό 212-404-4079 . Διατίθεται μια πλήρης λίστα των Πηγών Πληροφοριών του Healthix από την Healthix και μπορείτε να τη λάβετε σε οποιαδήποτε στιγμή ελέγχοντας τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση <http://www.healthix.org> ή καλώντας την Healthix στον αριθμό 877-695-4749.

- 4. Ποιος μπορεί να προσπελάσει τις πληροφορίες σας εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας.** Μόνο αυτοί οι άνθρωποι μπορούν να προσπελάσουν πληροφορίες για σας: γιατροί και άλλοι πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που υπηρετούν στο ιατρικό προσωπικό ενός εγκεκριμένου Συμμετέχοντα HIE ή του Παρόχου του Care Everywhere που συμμετέχει στην ιατρική σας φροντίδα, πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτουν ή είναι διαθέσιμοι για έναν εγκεκριμένο Συμμετέχοντα HIE ή γιατροί του Παρόχου του Care Everywhere, καθορισμένο προσωπικό που εμπλέκεται στη βελτίωση της ποιότητας ή των δραστηριοτήτων διαχείρισης φροντίδας και μέλη του προσωπικού ενός

εγκεκριμένου Συμμετέχοντα HIE ή ενός Παρόχου του Care Everywhere που διεξάγει τις δραστηριότητες που επιτρέπονται από αυτό το Έντυπο Συγκατάθεσης όπως περιγράφεται παραπάνω στην πρώτη παράγραφο.

- 5. Ποινές για ακατάλληλη πρόσβαση σε ή χρήση των πληροφοριών σας.** Υφίστανται ποινές για την ακατάλληλη πρόσβαση ή χρήση των ηλεκτρονικών σας πληροφοριών υγείας. Οποιαδήποτε στιγμή υποψιαστείτε ότι έχει προσπελάσει τις πληροφορίες σας κάποιος που δεν θα έπρεπε να έχει δει ή να αποκτήσει πρόσβαση σε αυτές, καλέστε έναν από τους Συμμετέχοντες HIE ή τους Παρόχους του Care Everywhere που έχετε εγκρίνει για την προσπέλαση των εγγραφών σας. Επισκεφτείτε τον ιστότοπο του NYULMC HIE: <http://health-connect.med.nyu.edu/> ή καλέστε την Υπηρεσία Υγείας της Νέας Υόρκης [NYS Department of Health] στον αριθμό 877-690-2211. Εάν οποιαδήποτε στιγμή υποψιαστείτε ότι κάποιος που δεν έπρεπε να έχει δει ή να αποκτήσει πρόσβαση στις πληροφορίες σας το έχει κάνει αυτό μέσω της Healthix, καλέστε την Healthix στον αριθμό: 877-695-4749, ή επισκεφτείτε τον ιστότοπο της Healthix: <http://www.healthix.org> ή καλέστε την Υπηρεσία Υγείας της Νέας Υόρκης [NYS Department of Health] στον αριθμό 877-690-2211.
- 6. Επαναγνωστοποίηση Πληροφοριών.** Οποιοσδήποτε ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας μπορούν να επαναγνωστοποιηθούν από έναν Συμμετέχοντα του HIE ή έναν Πάροχο του Care Everywhere σε άλλους μόνο στον βαθμό που επιτρέπεται από τους πολιτειακούς και ομοσπονδιακούς νόμους και κανονισμούς. Αυτό αληθεύει επίσης για πληροφορίες υγείας σας σε γραπτή μορφή. Όπως καθορίζεται στην ενότητα αρ. 2 παραπάνω, εάν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, ΟΛΕΣ οι ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας σας, συμπεριλαμβανομένων ευαίσθητων πληροφοριών υγείας, θα είναι διαθέσιμες μέσω του NYULMC HIE και της Healthix. Ορισμένοι πολιτειακοί και ομοσπονδιακοί νόμοι παρέχουν ειδικές προστατευτικές διατάξεις για ορισμένα είδη ευαίσθητων πληροφοριών που συμπεριλαμβάνουν αυτές που σχετίζονται με: (i) την αξιολόγησή σας, τη θεραπεία ή τις εξετάσεις μιας πάθησης από συγκεκριμένους παρόχους, (ii) HIV/AIDS, (iii) ψυχολογική υγεία, (iv) διανοητική καθυστέρηση και αναπτυξιακές αναπηρίες, (v) κατάχρηση ουσιών και (vi) εξετάσεις γενετικών προδιαθέσεων. Αυτές οι ειδικές απαιτήσεις πρέπει να τηρούνται κάθε φορά που άλλοι λαμβάνουν αυτά τα είδη ευαίσθητων πληροφοριών υγείας. Το NYULMC HIE, η Healthix και άτομα που συμπεριλαμβάνουν τους Παρόχους της Care Everywhere που έχουν πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες μέσω αυτών των υπηρεσιών ανταλλαγής πληροφοριών υγείας, πρέπει να συμμορφώνονται με αυτές τις απαιτήσεις.
- 7. Περίοδος ισχύος.** Το Έντυπο Συγκατάθεσης θα παραμένει σε ισχύ έως την ημέρα που θα ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ή έως ότου παύσει η λειτουργία του NYULMC HIE ή έως και 50 έτη μετά τον θάνατό σας, όποιο συμβεί αργότερα.
- 8. Ανάκληση της συγκατάθεσής σας.** Μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή, υπογράφοντας ένα νέο Έντυπο Συγκατάθεσης και επιλέγοντας το πλαίσιο **ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ**. Μπορείτε να λάβετε αυτά τα έντυπα από τον ιστότοπο του NYULMC HIE στη διεύθυνση <http://health-connect.med.nyu.edu/>. Αφού συμπληρώσετε το έντυπο, παρακαλούμε στείλτε το με φαξ στον αριθμό 917-829-2096 ή υποβάλετέ το στον πάροχό σας.

Σημείωση: Οργανισμοί που συμπεριλαμβάνουν τους Παρόχους της Care Everywhere με πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας σας μέσω του NYULMC HIE ή και της Healthix κατά τη διάρκεια ισχύος της συγκατάθεσής σας μπορεί να αντιγράψουν ή να συμπεριλάβουν τις πληροφορίες σας στα δικά τους ιατρικά αρχεία. Ακόμα κι αν αποφασίσετε αργότερα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν απαιτείται από αυτούς να επιστρέψουν τις πληροφορίες σας ή να τις αφαιρέσουν από το αρχείο τους.
- 9. Άρνηση σημείωσης ενός πλαισίου (επιλογής).** Εκτός και εάν επιλέξετε το πλαίσιο «**ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ**», οι νόμοι της Πολιτείας της Νέας Υόρκης επιτρέπουν στα άτομα που σας παρέχουν θεραπεία σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών να αποκτήσουν πρόσβαση στα ιατρικά σας αρχεία, συμπεριλαμβανομένων των αρχείων που διατίθενται μέσω του NYULMC HIE. Εάν δεν κάνετε κάποια επιλογή, τα αρχεία σας δεν θα κοινοποιηθούν, εκτός από τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, όπως επιτρέπεται από τους νόμους της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.
- 10. Αντίγραφο του εντύπου.** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε ένα αντίγραφο του παρόντος Εντύπου Συγκατάθεσης αφού το υπογράψετε.
- 11. Κίνδυνοι από την άρνηση της συγκατάθεσης.** Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας για προσπέλαση των πληροφοριών σας από τους Συμμετέχοντες HIE και τους Παρόχους του Care Everywhere μέσω του NYULMC HIE και της Healthix, οι πάροχοι υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψής σας ενδέχεται να μην μπορούν να προσπελάσουν έγκαιρα οποιοσδήποτε κρίσιμες πληροφορίες υγείας σας που λήφθηκαν κατά τη διάρκεια ενός προηγούμενου περιστατικού.

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ HIV

Ο Νόμος περί Δημόσιας Υγείας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης υποχρεώνει την προσφορά εξέτασης για τον ιό HIV σε άτομα με ηλικίες μεταξύ των 13 και 64 ετών, όπως και νεότερα ή πιο ηλικιωμένα, εάν υπάρχουν αποδείξεις ή ενδείξεις επικίνδυνων δραστηριοτήτων. Ο νόμος ισχύει για εγκαταστάσεις υπηρεσιών υγείας: μια μονάδα νοσηλείας ενός γενικού νοσοκομείου, τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός γενικού νοσοκομείου, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στο τμήμα εξωτερικών ιατρικών ενός νοσοκομείου και ένα διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο, καθώς και το ιδιωτικό γραφείο ενός γιατρού που παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα. Εξαιρέσεις σε αυτήν την υποχρεωτική προσφορά αποτελούν άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για επείγουσες καταστάσεις που είναι απειλητικές για τη ζωή, άτομα που τους έχει ήδη προσφερθεί ή που έχουν υποβληθεί σε εξέταση για τον ιό HIV και όταν ένα άτομο δεν έχει την ικανότητα να δώσει τη συγκατάθεσή του (και δεν υπάρχει διαθέσιμο κανένα άλλο άτομο για να παράσχει συγκατάθεση).

Πριν από τη συγκατάθεση ή την εξέταση, ένα άτομο που ζητά την εξέταση, θα γνωρίζει τα εξής:

- HIV είναι ο ιός που προκαλεί AIDS και μπορεί να μεταδοθεί μέσω σεξουαλικών δραστηριοτήτων, κοινής χρήσης βελονών, από μια έγκυο μολυσμένη με τον ιό HIV στα νεογνά κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, ή κατά το θηλασμό.
- Υπάρχουν θεραπείες για το HIV/AIDS που μπορούν να βοηθήσουν ένα άτομο να διατηρήσει την υγεία του.
- Άτομα με HIV/AIDS μπορούν να υιοθετήσουν ασφαλείς πρακτικές για την προστασία των μη μολυσμένων ατόμων από μόλυνση με τον ιό και των μολυσμένων ατόμων από μόλυνση με πρόσθετα στελέχη του ιού HIV.
- Η εξέταση είναι εθελοντική και μπορεί να πραγματοποιηθεί ανώνυμα σε ένα δημόσιο κέντρο εξετάσεων.
- Ο νόμος προστατεύει την εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων της εξέτασης για τον ιό HIV και άλλων σχετικών πληροφοριών.
- Ο νόμος απαγορεύει τις διακρίσεις βάσει της κατάστασης μόλυνσης από τον ιό HIV ενός ατόμου και διατίθενται υπηρεσίες για την παροχή βοήθειας από τέτοιες επιπτώσεις.
- Ο νόμος επιτρέπει να είναι έγκυρη η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση ενός ατόμου για εξέταση για τον ιό HIV για την εν λόγω εξέταση, έως ότου αυτή η συγκατάθεση ανακληθεί ή λήξει βάσει των όρων της.

Γιατί είναι σημαντική η εξέταση; Η γνώση της κατάστασης μόλυνσης από τον ιό HIV είναι σημαντική για την υγεία σας. Εάν το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι αρνητικό, μπορείτε να μάθετε πώς να προστατευτείτε από τη μόλυνση στο μέλλον. Εάν είναι θετικό, μπορείτε να προβείτε σε βήματα για την αποτροπή διάδοσης του ιού σε άλλους και μπορείτε να λάβετε θεραπεία για τον ιό HIV και να μάθετε και άλλους τρόπους για να μείνετε υγιείς.

Ναι, δέχομαι την προσφορά εξέτασης για τον ιό HIV.

Όχι, δεν επιθυμώ να υποβληθώ σε εξέταση για τον ιό HIV σήμερα.

Όνομα ασθενούς: _

Αρ. MRN: _

Υπογραφή: _

Ημερομηνία: _

(Ασθενής ή άτομο εξουσιοδοτημένο να παρέχει τη συγκατάθεση)

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟ CARE EVERYWHERE ΚΑΙ ΤΟ HEALTHIX

Σε αυτό το Έντυπο Συγκατάθεσης, μπορείτε να επιλέξετε εάν θα επιτρέψετε στους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σας που αναφέρονται στον ιστότοπο Ανταλλαγής Πληροφοριών Υγείας του NYU Langone Medical Center (NYU Langone Medical Center Health Information Exchange, NYULMC HIE) <http://health-connect.med.nyu.edu/> («Συμμετέχοντες του HIE») και σε παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εκτός του NYU που μπορεί να ζητήσουν πρόσβαση στα ιατρικά σας αρχεία για τους σκοπούς της τρέχουσας θεραπείας («Πάροχοι του Care Everywhere»), να αποκτήσουν πρόσβαση στα ιατρικά σας αρχεία μέσω ενός δικτύου υπολογιστών που χρησιμοποιείται από το NYULMC HIE. Για να γνωρίζετε ένας Πάροχος του Care Everywhere ότι μπορεί να διατίθενται πληροφορίες μέσω του NYULMC HIE, πρέπει να τον ενημερώσετε ότι ήσασταν/είστε ασθενής ενός Συμμετέχοντα του HIE και ότι οι εν λόγω πληροφορίες μπορεί να είναι διαθέσιμες κατόπιν αίτησης. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στη συλλογή των ιατρικών αρχείων που έχετε σε διαφορετικά μέρη όπου σας παρείχαν υγειονομική περίθαλψη και να τα καταστήσετε διαθέσιμα ηλεκτρονικά στους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που σας αναλαμβάνουν.

Μπορείτε επίσης να χρησιμοποιήσετε αυτό το Έντυπο Συγκατάθεσης για να αποφασίσετε εάν θα επιτρέψετε στους υπαλλήλους, τους εκπροσώπους ή τα μέλη του ιατρικού προσωπικού του NYU Hospitals Center να δουν και να αποκτήσουν πρόσβαση στα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας σας μέσω του Healthix, το οποίο αποτελεί ένα σύστημα Ανταλλαγής Πληροφοριών Υγείας ή τον Περιφερειακό Οργανισμό Πληροφοριών Υγείας (Regional Health Information Organization, RHIO), έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό που έχει αναγνωριστεί από την πολιτεία της Νέας Υόρκης. Αυτό μπορεί επίσης να βοηθήσει στη συλλογή των ιατρικών αρχείων που έχετε σε διαφορετικά μέρη όπου σας παρείχαν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να τα καταστήσετε διαθέσιμα ηλεκτρονικά στους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που σας αναλαμβάνουν. Με αυτή τη συγκατάθεση δίνετε επίσης την άδεια σας για οποιοδήποτε πρόγραμμα του NYU Langone Medical Center στο οποίο είστε ασθενής ή μέλος, να προσπελάσει τα αρχεία σας από οποιοδήποτε άλλους παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με εξουσιοδότηση γνωστοποίησης των πληροφοριών μέσω της Healthix. Διατίθεται μια πλήρης λίστα των Πηγών Πληροφοριών του Healthix από την Healthix και μπορείτε να τη λάβετε σε οποιαδήποτε στιγμή ελέγχοντας τον ιστότοπο της Healthix στη διεύθυνση <http://www.healthix.org> ή καλώντας την Healthix στον αριθμό 877-695-4749. Μετά από αίτησή σας, ο πάροχος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σας θα εκτυπώσει αυτή τη λίστα για σας από τον ιστότοπο της Healthix.

Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΣΑΣ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ Η ΝΑ ΑΡΝΗΘΕΙΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΑΡΝΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.

Το NYULMC HIE και η Healthix μοιράζονται πληροφορίες για την υγεία των ανθρώπων ηλεκτρονικά και με ασφαλή τρόπο, με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτού του είδους η κοινοποίηση ονομάζεται «ehealth» ή τεχνολογία πληροφοριών υγείας («health IT»). Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το ehealth στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης, διαβάστε το φυλλάδιο «Καλύτερη Πληροφόρηση Σημαίνει Καλύτερη Περίθαλψη» (Better Information Means Better Care). Μπορείτε να τη ζητήσετε από τον πάροχο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σας ή να επισκεφτείτε τον ιστότοπο www.ehealth4ny.org.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΙΝ ΠΑΡΕΤΕ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΑΣ.

Οι επιλογές συγκατάθεσής σας. Μπορείτε να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο τώρα ή στο μέλλον. Έχετε τις εξής επιλογές:

Παρακαλούμε επιλέξτε ένα πλαίσιο παρακάτω:

1. ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ σε ΟΛΟΥΣ τους Συμμετέχοντες του HIE που αναφέρονται στον ιστότοπο του NYULMC HIE και τους Παρόχους του Care Everywhere να προσπελάσουν ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μου μέσω του NYULMC HIE και ΠΑΡΕΧΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ σε ΟΛΟΥΣ τους υπαλλήλους, εκπροσώπους και μέλη του ιατρικού προσωπικού του NYU Hospitals Center να προσπελάσουν ΟΛΕΣ τις ηλεκτρονικές πληροφορίες της υγείας μου μέσω του HEALTHIX σχετικά με οποιονδήποτε από τους επιτρεπόμενους σκοπούς που περιγράφονται στο δελτίο δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της παροχής οποιωνδήποτε υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε μένα, συμπεριλαμβανομένης της επείγουσας φροντίδας.

2. ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ σε ΟΛΟΥΣ τους Συμμετέχοντες του HIE που αναφέρονται στον ιστότοπο του NYULMC HIE και στους Παρόχους του Care Everywhere για να προσπελάσουν τις ηλεκτρονικές πληροφορίες υγείας μου μέσω του NYULMC HIE ή του HEALTHIX για οποιονδήποτε σκοπό, ακόμα και στην περίπτωση επείγουσας ιατρικής κατάστασης.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΕΚΤΟΣ ΚΑΙ ΕΑΝ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ «ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ», οι νόμοι της Πολιτείας της Νέας Υόρκης επιτρέπουν στα άτομα που σας παρέχουν θεραπεία σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών να αποκτήσουν πρόσβαση στα ιατρικά σας αρχεία, συμπεριλαμβανομένων των αρχείων που διατίθενται μέσω του NYULMC HIE. ΕΑΝ ΔΕΝ ΚΑΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ, τα αρχεία σας δεν θα κοινοποιηθούν, εκτός από τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, όπως επιτρέπεται από τους νόμους της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.

Όνομα ασθενούς (ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ)

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

Υπογραφή του ασθενούς ή του νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς

Ημερομηνία

Όνομα (ολογράφως) νόμιμου εκπροσώπου (εάν υπάρχει)

Σχέση του νόμιμου εκπροσώπου με τον ασθενή (εάν υπάρχει)



**ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
[PATIENT UPDATED ADDRESS FORM]**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: -
[DATE]

ΟΝΟΜΑ: _____
[NAME]

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: -
[DOB]

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ,
[I]
επιβεβαιώνω ότι η προηγούμενη διεύθυνσή μου ήταν:
[verify that my previous address was:]

Η σημερινή διεύθυνσή μου είναι:
[I now reside at :]

Υπογραφή ασθενούς
[Patient's Signature]

Πληροφορίες φαρμακείου

Με την εγκατάσταση του Epic, του νέου ηλεκτρονικού συστήματος ιατρικών εγγραφών σε αυτό το γραφείο, ο γιατρός θα μπορεί τώρα να διεξάγει ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Αυτό σημαίνει ότι οποιεσδήποτε συνταγές σας δοθούν σήμερα από τον γιατρό σας, θα μεταφερθούν αυτόματα στο φαρμακείο της επιλογής σας και δεν χρειάζεται να σας παρέχουμε πλέον χειρόγραφες συνταγογραφήσεις. Επιπλέον, όταν εξαντληθούν οι επαναληπτικές προμήθειες της συνταγής του φαρμάκου σας, ο φαρμακοποιός μπορεί πλέον να στέλνει ηλεκτρονικά τα αιτήματα ανανέωσης σε αυτό το γραφείο για έγκριση. ****Σημείωση:** Τα ελεγχόμενα φάρμακα δεν μπορούν να συνταγογραφούνται ηλεκτρονικά.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τις παρακάτω πληροφορίες εάν σας ενδιαφέρει η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Όνομα ασθενούς: _____

Προτιμώμενο φαρμακείο	
Όνομα φαρμακείου:	_____
Διεύθυνση:	_____
Πόλη:	_____
Πολιτεία:	-
Ταχ. κώδικας:	-
Αριθμός τηλεφώνου:	_____
Αριθμός φαξ:	_____

Εναλλακτικό φαρμακείο	
Όνομα φαρμακείου:	_____
Διεύθυνση:	_____
Πόλη:	_____
Πολιτεία:	-
Ταχ. κώδικας:	-
Αριθμός τηλεφώνου:	_____
Αριθμός φαξ:	_____

Πληροφορίες εργαστηρίου

Παρακαλούμε τοποθετήστε ένα σημείο τσεκαρίσματος δίπλα σε μία από τις παρακάτω επιλογές για να καθορίσετε το εργαστήριο της προτίμησής σας. Ορισμένα ασφαλιστικά προγράμματα απαιτούν από τους ασφαλισμένους ασθενείς να χρησιμοποιούν συγκεκριμένα εργαστήρια. Εάν δεν τηρήσετε τις οδηγίες τους, μπορεί να χρεωθείτε με λογαριασμούς για τους οποίους θα είστε υπόχρεοι. Εάν δεν γνωρίζετε ποιο εργαστήριο να επιλέξετε, παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας φορέα. **Εάν δεν επιλέξετε ένα εργαστήριο, το ιατρείο θα στείλει εξ ορισμού οποιεσδήποτε εργαστηριακές εξετάσεις στο εργαστήριο του NYU.**

LabCorp	
Quest Labs	
NYU Lab	
Άλλη εξωτερική τοποθεσία	

Παρακαλούμε δώστε το όνομα της εξωτερικής τοποθεσίας: _



NYU Faculty Group Practice
**Μη συμμετέχοντα προγράμματα/Κοσμητικές επεμβάσεις/
Αυτο-πληρωμή/Μη καλυπτόμενες υπηρεσίες**
Έντυπο Αποδοχής Προκαταβολής Πληρωμής
[Non-Participating Plans/Cosmetic/Self-Pay/Non-Covered Services
Pre-Payment Financial Acknowledgment Form]

Ημερομηνία [Date]:	Όνομα ασθενούς [Patient Name]:
Αρ. MR ασθενούς [Patient MR #]:	Γιατρός [Physician]:
Αναμενόμενη ημερομηνία υπηρεσίας: [Expected Date of Service:]	Κατά προσέγγιση κόστος [Estimated Cost]:
Ποσό προκαταβολής: [Deposit Amount]:	Ασφαλιστικό πρόγραμμα [Insurance Plan]:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ [FINANCIAL AGREEMENT]

Ενημερώθηκα από το NYU Faculty Group Practice ότι ο γιατρός μου δεν συμμετέχει στο ασφαλιστικό μου πρόγραμμα και συνεπώς θα είμαι οικονομικά υπεύθυνος για την πλήρη πληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών και αναμένεται να πληρώσω προκαταβολικά το κατά προσέγγιση κόστος. Επιλέγω την παροχή των παραπάνω υπηρεσιών και μου έχει παρασχεθεί μια προσέγγιση του συνολικού κόστους για τις υπηρεσίες του γιατρού μου. Γνωρίζω ότι το ποσό που αναφέρθηκε παραπάνω αποτελεί προσέγγιση και ότι οι πραγματικές χρεώσεις μπορεί να διαφέρουν. Κατανοώ επίσης ότι μπορεί να υπάρχουν πρόσθετα κόστη για βοηθητικές υπηρεσίες (ακτινολογικές, αναισθησία, παθολογικές, κ.λπ.) που δεν συμπεριλαμβάνονται στην εν λόγω προσέγγιση. Θα σταλεί, χωρίς χρέωσή μου, μια αξίωση στον ασφαλιστικό μου φορέα εκ μέρους μου.* Θα χρεωθώ και θα έχω την ευθύνη για οποιοδήποτε υπόλοιπο.

[I have been advised by the NYU Faculty Group Practice that my physician does not participate with my insurance plan and therefore, I will be fully responsible for the cost of services and am expected to pay the estimated fee in advance. I am choosing to have the above services rendered and have been provided with an estimate of the total cost for my physician's services. I am aware that the amount quoted above is an estimate and that actual charges may vary. I also understand that there may be additional costs for ancillary services (radiology, anesthesia, pathology, etc.) that are not included in this estimate. A courtesy claim will be sent to my insurance carrier on my behalf.* I will be billed for and responsible for any remaining balances.]



Κατανοώ ότι όλα τα υπόλοιπα είναι οφειλόμενα με την παραλαβή της κατάστασης λογαριασμού από το NYU.

[I understand that all balances are due upon receipt of statement from NYU.]

Έχω διαβάσει τις παραπάνω πληροφορίες και κατανοώ τις οικονομικές μου υποχρεώσεις.

[I have read the above information and I understand my financial obligations.]

Υπογραφή
[Signature]

Ημερομηνία
[Date]

***Εάν ο ασφαλιστικός μου φορέας στείλει σε μένα την πληρωμή για την υπηρεσία, θα εμβάσω αμέσως την πληρωμή στο NYU Faculty Group Practice.**

[*If my insurance carrier sends payment to me for the service I will immediately remit the payment to the NYU Faculty Group Practice.]