

Согласие на безопасную транспортировку

Дата последнего обновления: декабрь 2024 г.



CareOregon предоставляет безопасную транспортировку для участников, на которых не наложено постановление суда и которые не находятся под арестом. Существуют ограничения для взрослых в кризисном состоянии, несовершеннолетних, а также на поездки в определенные места. При этом необходимо соблюдать некоторые правила.

Участники или опекун должны дать разрешение на безопасную транспортировку. Оно должно быть составлено в письменной форме и перед поездкой предоставлено поставщику транспортных услуг.

Информация об участнике

Полное имя участника (пациента): _____

Идентификационный номер участника программы Medicaid: _____

Полное имя опекуна (если применимо):

Телефонный номер участника (или опекуна): _____

Подробные сведения

Причина (-ы) / обстоятельство (-а),
требующие безопасной транспортировки:

Полное имя и должность работника,
выдавшего разрешение на безопасную транспортировку:

Дата (-ы) безопасной транспортировки: _____

Адрес пункта отправления:

Адрес пункта назначения:

Полное имя и номер телефона
стороны, принимающей участника:

Условия

Я осознаю потребность в безопасной транспортировке. От моего врача, родителя, опекуна или другого лица, ответственного за меня, было получено согласие. Мне объяснили принципы безопасной транспортировки. Я осознаю возможные риски.

Риски

Я понимаю, что существуют определенные риски, связанные с транспортировкой и поездкой. Эти риски могут включать, например, неисправность медицинского оборудования или проблемы с транспортным средством. Среди других рисков: аварии, плохие погодные условия, ошибки водителя или ситуации, не зависящие от бригады, осуществляющей транспортировку. Во время поездки может ухудшиться мое состояние или может прерываться медицинское обслуживание. Я понимаю, что бригада может не справиться с непредвиденными проблемами.

Разрешение

Я осознаю свое состояние и соответствующие риски. Я соглашаюсь с моим врачом и (или) моим родителем или опекуном, что мне нужна безопасная транспортировка. Я даю разрешение, чтобы меня перевезли в безопасном транспортном средстве в указанные выше дни. Я понимаю, что транспортная компания больше не несет ответственности после того, как я попаду в пункт назначения.

Подпись

Я внимательно прочитал (-а) эту форму и понимаю указанное далее.

- Врач и сотрудники учреждения сообщили мне о транспортировке, в том числе о рисках, преимуществах и других возможностях.
- У меня была возможность задать любые вопросы. Мне понятны полученные ответы.
- Я даю свое добровольное согласие на транспортировку. Мое решение не было принято по принуждению.
- Я могу принимать решения и имею право согласиться на транспортировку.
- Я могу в любое время изменить свое решение и отозвать свое согласие.
- Изменение моего решения не будет препятствовать моим поездкам в будущем.
- По моей просьбе транспортная компания предоставит мне письменную информацию об их правилах.

Подпись: _____

Кем приходится участнику,
если подписано другим лицом:

Подпись поставщика медицинских услуг:

Полное имя поставщика медицинских услуг:

Дата: _____