

安全交通服务同意书

最近更新：2024 年 12 月



CareOregon 允许没有受到法院命令或监管的会员使用安全交通服务，但针对面临危机的成年人、未成年人和特定地点设有例外情形。会员必须符合特定的要求。

会员或其监护人必须同意使用安全交通服务，并且必须以书面方式作出同意声明，然后在出行之前将其交给交通服务提供者。

会员信息

会员（患者）姓名： _____

会员的 Medicaid 会员码： _____

监护人姓名（如适用）： _____

会员（或监护人）电话号码： _____

详情

需要使用安全交通服务的理由/情况： _____

安全交通服务的
授权人姓名/职称： _____

使用安全交通服务的日期： _____

上车地点： _____

目的地： _____

会员接收方的名称和电话号码： _____

条款

本人明白本人需要使用安全交通服务。本人的医生、父母、监护人或其他对本人负有责任的人对此表示同意。本人已被告知安全交通服务的运作方式。本人明白其中潜在的风险。

风险

本人明白使用交通服务和出行都有风险，其中包括医疗设备无法使用或车辆出现问题。此外还可能遇到交通事故、恶劣天气、司机误判或发生其他交通服务团队无法控制的事情。本人的病情可能会在出行途中恶化，本人的医疗护理也可能在此期间中断。本人明白，交通服务团队可能无法解决意外情况。

许可

本人清楚本人的病情和面临的风险。本人同意本人的医生和/或本人的父母或监护人认为本人需要安全交通服务的意见。本人允许在上述日期使用安全车辆帮助本人出行。本人明白，一旦本人抵达目的地，提供交通服务的公司将不再对本人负有责任。

签名

本人已仔细阅读此表并且明白：

- 医生和机构已告知本人有关交通服务的信息，其中包括相关风险、益处和替代方案。
- 本人有机会提问，并且本人理解所收到的回答。
- 本人可自行决定是否同意接受此交通服务。无人强迫本人同意。
- 本人有权做出决定，也有权同意接受此交通服务。
- 本人可随时改变决定并撤销同意。
- 即使此次改变决定也不会影响本人未来获得交通服务的权利。
- 如果本人提出请求，提供交通服务的公司将向本人提供有关其公司规定的书面信息。

签名： _____

与患者的关系，

如果非患者本人签名： _____

保健提供者签名： _____

保健提供者名称： _____

日期： _____