

安全交通服務同意書

最近更新：2024 年 12 月



CareOregon 允許沒有受到法院命令或監管的會員使用安全交通服務，但針對面臨危機的成年人、未成人和特定地點設有例外情形。會員必須符合特定的要求。

會員或其監護人必須同意使用安全交通服務，並且必須以書面方式作出同意聲明，然後在出行之前將其交給交通服務提供者。

會員資訊

會員（病患）姓名：_____

會員的 Medicaid 會員碼：_____

監護人姓名（如適用）：_____

會員（或監護人）電話號碼：_____

詳情

需要使用安全交通服務的理由/情況：_____

安全交通服務的授權人姓名/職稱：_____

使用安全交通服務的日期：_____

上車地點：_____

目的地：_____

會員接收方的名稱和電話號碼：_____

條款

本人明白本人需要使用安全交通服務。本人的醫生、父母、監護人或其他對本人負有責任的人對此表示同意。本人已被告知安全交通服務的運作方式。本人明白其中潛在的風險。

風險

本人明白使用交通服務和出行都有風險，其中包括醫療設備無法使用或車輛出現問題。此外還可能遇到交通事故、惡劣天氣、司機誤判或其他交通服務團隊無法控制的事情。本人的病情可能會在出行途中惡化，本人的醫療照護也可能在此期間中斷。本人明白，交通服務團隊可能無法解決意外狀況。

許可

本人清楚本人的病情和面臨的風險。本人同意本人的醫生和/或本人的父母或監護人認為本人需要安全交通服務的意見。本人允許在上述日期使用安全車輛幫助本人出行。本人明白，一旦本人抵達目的地，提供交通服務的公司將不再對本人負有責任。

簽名

本人已仔細閱讀此表並且明白：

- 醫生和機構已告知本人有關交通服務的資訊，其中包括相關風險、益處和替代方案。
- 本人有機會提問，並且本人理解所收到的回答。
- 本人可自行決定是否同意接受此交通服務。無人強迫本人同意。
- 本人有權做出決定，也有權同意接受此交通服務。
- 本人可隨時改變決定並撤銷同意。
- 即使此次改變決定也不會影響本人未來獲得交通服務的權利。
- 如果本人提出請求，提供交通服務的公司將向本人提供有關其公司規定的書面資訊。

簽名： _____

與患者的關係，

如果非患者本人簽名： _____

醫療保健服務提供者簽名： _____

醫療保健服務提供者名稱： _____

日期： _____