

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သဘောတူခွင့်ပြုချက်

- ကုသရန်-** ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ကိုင်တွင် (သို့မဟုတ် အောက်ပါအမည်ဖြင့် လူနာ) နှင့် သက်ဆိုင်မည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့မှပေးသည့် ကလေးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့၏အခြေအနေ သို့မဟုတ် ဖျားနာမှုအတွက် HIV ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှုပါဝင်နိုင်ပါသည်။ အဆိုပါ HIV စစ်ဆေးမှုကို မပြုလုပ်မည့် အကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသပေးသည့် ဆရာဝန်ထံ ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က အသိပေးအကြောင်းကြားထားခြင်းမရှိပါ။ ၎င်းရောဂါရှိမရှိ စစ်ဆေးပေးမည့် ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် ဆေးကုသမှုများကို လိုအပ်သလို၊ သင့်တော်သလို လုပ်ဆောင်ရန်အတွက် ဤသဘောတူညီချက်အားဖြင့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ မည်ကဲ့သို့သော ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်းစဉ်များနှင့် ဆေးကုသမှုအား လုပ်ဆောင်ရမည်ကို ကျွန်ုပ်တို့၏သမားတော် (များ) သို့မဟုတ် အခြားသင့်တော်သည့် ကျန်းမာရေးပညာရှင်များက ဆုံးဖြတ်ရမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသမှုပြုလုပ်ချိန်တွင် လိုအပ်သည့်အတိုင်း သို့မဟုတ် အကြံပြုထားသည့်အတိုင်း လုပ်ဆောင်ရမည်ဖြစ်ကာ ဆေးရုံမှ ဆေးအမှုထမ်းများ၊ သူနာပြုများနှင့် အခြားကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများက ဆေးရုံအမှုထမ်းသမားတော်၏ကွပ်ကဲမှုဖြင့် ဆေးရုံတွင်ဖြစ်စေ၊ တယ်လီကျန်းမာဝန်ဆောင်မှုများဖြင့်ဖြစ်စေ လုပ်ဆောင်ပြီး ပံ့ပိုးပေးရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသမှုတွင် သင့်လျော်သော ဝန်ထမ်းများ၏ ကြီးကြပ်မှုဖြင့် လေ့ကျင့်သင်ကြားနေသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ ပါဝင်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။
- ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း- Advocate Health Care** သည် လူနာအား ထိရောက်သည့် ချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းမှုမျိုးဖြင့် ပြုစောင့်ရှောက်ကြောင်း သေချာစေရန်အတွက်၊ အရည်အသွေးမြင့် လူနာပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ပံ့ပိုးပေးအပ်နိုင်ရန်အတွက် ဆေးရုံဆေးခန်းများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစုအဖွဲ့များနှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးရေးအဖွဲ့အစည်းများပေါင်းစပ်ပါဝင်ဖွဲ့စည်းထားသည့် စုပေါင်းကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခုဖြစ်ကြောင်းနှင့် လူနာအား ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ၎င်းတို့အားလုံးချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ကြကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ **Advocate** သည် ကျွန်ုပ်တို့၏လူနာကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို အီလက်ထရွန်းနစ် ဆေးမှတ်တမ်းပုံစံဖြင့် သိမ်းဆည်းထားမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်၊ ကုထုံးအစီအစဉ်၊ ဆေးညွှန်းအချက်အလက်၊ ရက်ချိန်းအစီအစဉ်၊ ဓာတ်ခွဲခန်းနှင့် အခြားသော ရောဂါစစ်ချက်အဖြေများ (HIV ဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ မျိုးဗီဇအချက်အလက်နှင့် အမူအကျင့်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ) အကန့်အသတ်မရှိပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးမှတ်တမ်းကို **Advocate Health Care** စနစ်တစ်ခုလုံးရှိ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ကြီးကြပ်လုပ်ဆောင်နေသည့် အဖွဲ့ဝင်များက ကြည့်ရှုကြမည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့အား ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို ကြီးကြပ်လုပ်ဆောင်နေသည့် အဖွဲ့တွင် **Advocate Health Care** ဆေးဝန်ထမ်းများ၊ ကန်ထရိုက်တာများ၊ အေးဂျင့်များနှင့် ဝန်ထမ်းများ၊ လက်အောက်ခံအဖွဲ့အစည်းများ၊ **Advocate Medical Group** ၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆေးရုံတက်ရောက်မှု၊ ကုသမှု၊ အစီအစဉ်ဆွဲမှု၊ ချိတ်ဆက်ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်မှု၊ ဆေးရုံမှဆင်းမှုဆိုင်ရာ ကိစ္စရပ်များအတွက် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ပေးသည့် အခြားသောပုဂ္ဂိုလ်များ သို့မဟုတ် အစိုးရ၏ထုတ်ပြန်ပြဋ္ဌာန်းချက်အရ အများပြည်သူကျန်းမာရေးနှင့် သက်ဆိုင်နေ၍ မဖြစ်မနေ အစီရင်ခံစာပြရန် ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်သော အခြားသူများ ပါဝင်ပါသည်။
- ဓာတ်ပုံပုံညာ-** ကျွန်ုပ်တို့၏ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံသည် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ်ကို မှတ်တမ်းတင်ရန်၊ ရောဂါစစ်ချက်ထုတ်မှု နှင့်/သို့မဟုတ် ရောဂါအခြေအနေတစ်ခုအား ကုသမှုကို ထောက်ပံ့ပေးနိုင်ရန် နှင့်/သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်မှုအဆင့်များကို အသေးစိတ်စီစဉ်ရာတွင် ထောက်ပံ့ပေးရန်အတွက် ဓာတ်ပုံများ၊ ဗီဒီယိုများရိုက်ကူးထားနိုင်ကြောင်း နှင့်/သို့မဟုတ် အသံဖမ်းယူထားနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ အဆိုပါဓာတ်ပုံ၊ ဗီဒီယို နှင့်/သို့မဟုတ် အသံမှတ်တမ်းတင်ထားမှုများအတွက် မူပိုင်ခွင့်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၏ လက်ဝယ်တွင် ရှိကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ လူနာသည် မည်သည့်ပုံစံဖြင့်ပင် ပေါ်လွင်စေမည့် အရာများကို ထုတ်ဖော်ခြင်းမပြုပါက ၎င်းပုံများကို အဆင့်မြင့်ပညာပေးမှုအတွက် အသုံးပြုနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။
- အိမ်တွင်း ကျန်းမာရေးရွေးချယ်မှု-** ကျွန်ုပ်တို့တွင် လိုအပ်လာနိုင်သည့် ပြုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အိမ်တွင်းပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးသူအား ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က လွတ်လပ်စွာ ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့်ရှိကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီက ညွှန်ကြားထားသည့်အတိုင်း အခြားဆရာဝန်ထံသို့ ပြောင်းပြန် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ရွေးချယ်ပေးခြင်းမပြုပါက အရည်အသွေးမီ ပြုစောင့်ရှောက်မှုကို စဉ်ဆက်မပြတ်ပံ့ပိုးပေးစွမ်းနိုင်ရန်အတွက် **Advocate at Home** ကို ဆေးရုံဘက်က ရွေးချယ်ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က သိရှိပါသည်။ အိမ်တွင်းပြုစောင့်ရှောက်မှုပေးသူစာရင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ဆေးရုံစတင်စဉ်/စာရင်းသွင်းစဉ်ကတည်းက ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးအပ်ထားပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ထပ်မံတောင်းဆိုမည်ဆိုပါက အဆိုပါစာရင်းမိတ္တူကို ဆေးရုံမှဆင်းရန် စီစဉ်သူက ထုတ်ပေးနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့က အခြားဆရာဝန်နှင့် ပြောင်းပြန်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ရွေးချယ်မှုများကို ဆေးရုံဘက်က လက်ခံပေးပါမည်။
- ပြင်ပဆေးညွှန်းမှတ်တမ်းများ-** ကျွန်ုပ်တို့အား ပိုမို၍အဆင်ပြေလွယ်ကူစွာ ပြုစောင့်ရှောက်ရန်ရည်ရွယ်ချက်အတွက်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ပြင်ပဆေးညွှန်းမှတ်တမ်းကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးညွှန်းမှတ်တမ်းကို ဖြည့်ပေးသည်မှာ စနစ်တွင် ပါဝင်သည့် ဆေးဆိုင်ဖြစ်နေမှုသာ အဆိုပါသတင်းအချက်အလက်ကို ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် ဆေးကုသမှုရာဇဝင်ကို အတိအကျပေးရန် တာဝန်သည် ကျွန်ုပ်တို့အပေါ်တွင်သာ တည်ပါမည်။
- ဘာသာစကားရွေးချယ်မှု-** ကျန်းမာရေးအချက်အလက်ကို (Burmese) ဖြင့် လက်ခံရယူလိုပါသည်။ ဘာသာပြန်၊ စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စပ်လျဉ်းသည့် အချက်အလက်များကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ထံ ပေးအပ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။ အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ကြောင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသနေသည့် ကာလအတောအတွင်းတွင် ၎င်းဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က အချိန်မရွေးတောင်းဆိုနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။



7. **ငွေပေးချေခြင်းအတွက် ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်အား ထုတ်ဖော်ပြောကြားမှု-** ကျွန်ုပ်၏ (HIV ဆိုင်ရာ အချက်အလက်၊ မျိုးဗီဇအချက်အလက်နှင့် အမူအကျင့်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ) အပါအဝင် ကျွန်ုပ်၏ဆေးမှတ်တမ်းတွင် ပါဝင်သော သက်ဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်အားလုံးအား အာမခံကုမ္ပဏီများ၊ ကျန်းမာရေးအကျိုးခံစားခွင့်အစီအစဉ်များ၊ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုမှုများအား အတည်ပြုပေးသည့် အလုပ်ရှင်များ၊ အစိုးရအေဂျင်စီများ သို့မဟုတ် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည်များအား ကိုယ်စားပြုသည့် ကြားခံအဖွဲ့အစည်းများအကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်သည်။ ငွေထုတ်ပေးသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းများထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားခြင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။
8. **အကျိုးခံစားခွင့်များလွှဲပြောင်းပေးခြင်း-** ဆေးရုံတွင် ပံ့ပိုးပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသောအားဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် အခြားနည်းလမ်းနှင့်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်အား ထုတ်ပေးရမည်ဖြစ်သည့် သို့မဟုတ် ဤဆေးရုံသို့ တက်ရောက်ကုသမှု၊ အရေးပေါ်အခန်းတွင် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ပြင်ပလူနာဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား ထုတ်ပေးရမည်ဖြစ်သည့် မည်သည့်အာမခံ၊ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ငွေထုတ်ပေးသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းက ပေးအပ်သည့် မည်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်ကိုမဆို ဆေးရုံနှင့် ကျွန်ုပ်အား ကုသပေးနေသည့် သမားတော်များထံသို့ ကျွန်ုပ်ဘက်က ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်ဖြင့် လွှဲပြောင်းခွင့် တိုက်ရိုက်ပေးချေခွင့် ပြုပါသည်။
9. **Medicare ငွေပေးချေမှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များအား လွှဲပြောင်းမှု (သက်ဆိုင်မည်ဆိုပါက)-** ခွင့်ပြုချက်ရရှိပြီးဖြစ်သော Medicare အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ငွေပေးချေမှုကို ဆေးရုံတွင် ကျွန်ုပ်ထံသို့ ပေးအပ်ခဲ့သည့် ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သမားတော်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်စား ပေးချေပေးရန် ကျွန်ုပ်ဘက်က တောင်းဆိုပါသည်။ အဆိုပါအကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆေးရုံနှင့် သမားတော်များထံသို့ ကျွန်ုပ်က လွှဲပြောင်းပေးပါသည်။ အဆိုပါအကျိုးခံစားခွင့်များအား လျှောက်ထားစဉ် ကျွန်ုပ်ဘက်က ပေးခဲ့သည့် အချက်အလက်များသည် တိကျမှန်ကန်မှုရှိပြီး Medicare က ပြုလုပ်သည့် စစ်တမ်းမေးခွန်းလွှာကိုလည်း ကျွန်ုပ်က ဖြေဆိုပြီးဖြစ်သည်မှာ မှန်ကန်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က ထောက်ခံပါသည်။ ယင်းအကျိုးခံစားခွင့်များဆိုင်ရာ ပေးချေမှုများအတွက် လိုအပ်သည့် အချက်အလက်မှန်သမျှကို Medicare နှင့် Medicaid ဝန်ဆောင်မှုများဆိုင်ရာ စင်တာများနှင့် ၎င်း၏အေးဂျင့်များထံသို့ထုတ်ပြန်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်နှင့်စပ်လျဉ်းသည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အခြားအချက်အလက်များကို ကိုင်ဆောင်ထားသူတိုင်းအား ကျွန်ုပ်ဘက်က ခွင့်ပြုပေးပါသည်။ အဆိုပါအကျိုးခံစားခွင့်များအား ကျွန်ုပ်ဘက်က ခံစားခွင့်ရှိကြောင်း အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်အား ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် ဆေးရုံနှင့် သမားတော်များထံ ထုတ်ဖော်ပြောကြားရန် လူမှုဖူလုံရေးဆိုင်ရာ စီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့အား ကျွန်ုပ်ဘက်က ခွင့်ပြုပါသည်။
10. **ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းများ-** မျက်မှန်များ၊ နားကြားကိရိယာများ၊ အံကပ်များ၊ ကျောက်မျက်ရတနာများ၊ ငွေကြေးများနှင့် အခြားသော အဖိုးတန်ပစ္စည်းအားလုံးအကန့်အသတ်မရှိပါဝင်သည့် ကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းအားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်ဘက်က အပြည့်အဝတာဝန်ယူပါသည်။ ကျွန်ုပ်ဘက်က တောင်းဆိုမည်ဆိုပါက အဖိုးတန်ပစ္စည်းများကို ဆေးရုံရှိ မီးခံသတ္တုထဲတွင် သိမ်းထားပေးမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် ဆေးရုံသို့ အပ်ထားခြင်းမရှိသည့် အဖိုးတန်ပစ္စည်းများနှင့် ကိုယ်ပိုင်ပစ္စည်းများအတွက် ဆေးရုံအား တာဝန်ရှိမှုမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။
11. **ငွေကြေးအကူအညီ-** လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်အဖြစ် ဆေးရုံတွင် ပေးရန်ရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားကြည့်သောအခါတွင် အကျိုးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အိတ်စိုက်ထုတ်ပေးထားရသည့် ငွေများ၊ ကျန်းမာရေးကုန်ကျစရိတ်အတွက် မျှခံပေးရသည့် ငွေများ သို့မဟုတ် ငွေထုတ်ပေးသည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းများက ပေးသည့် အာမခံအကာအကွယ်နှင့် အကျိုးမဝင်သည့် အဖိုးအခများအပါအဝင် လူနာထံသို့ အတည်ပြုပြီးနောက်ထပ်မံဖြင့် တွက်ချက်၊ ပံ့ပိုးပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှု၊ ပံ့ပိုးမှုအင်္ဂါရပ်များနှင့် ထောက်ပံ့ရေးပစ္စည်းများအတွက် ကျသင့်ငွေကို ဆေးရုံသို့ ပေးချေရန် လူနာဘက်က သဘောတူပါသည်။ ဆေးရုံဘက်က ငွေတောင်းခံလွှာတွင် သမားတော်ဝန်ဆောင်မှုများကို ထည့်သွင်းတောင်းခံထားခြင်းမရှိကြောင်းနှင့် လူနာသည် သမားတော်များပေးခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သီးခြားငွေတောင်းခံလွှာရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ အချို့သော သမားတော်များသည် ကျွန်ုပ်အား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးချေပေးမည့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ် သို့မဟုတ် ပေးချေမှုအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ထားခြင်းမရှိသည့်အားလျော်စွာ ၎င်းတို့ကိုပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင် ပိုမိုကုန်ကျနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က သိရှိပါသည်။ လူနာသည် အဆိုပါအဖိုးအခများအား ကောက်ခံရာတွင် ကုန်ကျရနိုင်မည့် ရှေ့နေများအပါအဝင် မည်သည့် စရိတ်စကကိုမဆို တာဝန်ယူပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းကို လူနာဘက်က လက်ခံပါသည်။ မှတ်တမ်းများကို ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ်ဘက်က သဘောတူခွင့်ပြုပေးခြင်းမရှိပါက သို့မဟုတ် သဘောတူခွင့်ပြုပြီး နောက်ပိုင်းမှ ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းမည်ဆိုပါက ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျစရိတ်များနှင့် လက်ခံရရှိခဲ့သော ကုသမှုအတွက် ကုန်ကျသည့် အဖိုးအခအားလုံးကို ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တွင် တာဝန်အပြည့်အဝရှိကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ ဤဆေးရုံတွင် တက်ရောက်ကုသမှုအတွက် ကျသင့်ငွေပေးချေရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ဘက်က ပေးအပ်ထားသည့် သတင်းအချက်အလက်အားလုံးသည် ကျွန်ုပ်သိရှိထားသည့် အတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်ပြည့်စုံပြီး တိကျမှုရှိကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က ထောက်ခံပါသည်။ လူနာသည် ဆေးရုံသို့ ပေးချေရမည့် သူ/သူမ၏တာဝန်များကို ဖြည့်ဆည်းရန် အခက်အခဲရှိမည်ဆိုပါက သင့်တော်သည့် ပေးချေမှုအစီအစဉ်များနှင့် ငွေကြေးအကူအညီအပါအဝင် ငွေကြေးအကူအညီဆိုင်ရာ အချက်အလက်ကို ဆေးရုံ၏ငွေကြေးဆိုင်ရာ စေ့စပ်ဆွေးနွေးရေးဝန်ဆောင်မှုများ၏တစ်စိတ်တစ်ဒေသအဖြစ် တောင်းဆိုရယူနိုင်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ အာမခံအကာအကွယ် သို့မဟုတ် အာမခံအကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ မေးခွန်းများကို လူနာ၏ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်နှင့် လူနာ၏အာမခံအကာအကွယ်ဆိုင်ရာ အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ်ကို ဦးတည်ပြီး မေးမြန်းသင့်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ ထို့ပြင် ငွေကြေးအကူအညီဆိုင်ရာ မူဝါဒနှင့် ငွေကြေးအကူအညီလျှောက်ထားလွှာကို ရိုးရှင်းသော ဘာသာစကားဖြင့် ဖော်ပြပါရှိသည့် ငွေကြေးအကူအညီဆိုင်ရာ အကူအညီအကျဉ်းချုပ်ချုပ်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်ထံ ပေးအပ်ပြီးဖြစ်ပါသည်။

12. သီးခြားသမားတော်/ဆရာဝန်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ- Advocate ဝန်ထမ်းအဖြစ် အတိအလင်းကိုယ်စားပြုထားသည့် သမားတော်/ဝန်ဆောင်မှုပံ့ပိုးသူများသာလျှင် Advocate Health Care ၏ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် အေးဂျင့်များဖြစ်သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က အပြည့်အဝလက်ခံအသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ဝန်ထမ်းမဟုတ်သည့် သမားတော်/ဝန်ဆောင်မှုပံ့ပိုးသူများသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ကုသမှုကို ပေးရန်အတွက် ဆေးရုံမှ ပံ့ပိုးမှုအင်္ဂါရပ်များကို အသုံးပြုခွင့်ပေးထားသည့် သီးခြားပံ့ပိုးသူများဖြစ်ပါသည်။ ဝန်ထမ်းမဟုတ်သည့် သမားတော်များတွင် အရေးပေါ် ကုသမှုဆိုင်ရာ ဆေးပညာ၊ စိတ်ဒဏ်ရာ၊ နှလုံးရောဂါ၊ သားဖွားမီးယပ်၊ ခွဲစိတ်မှု၊ ဓာတ်မှန်ပညာ၊ မေ့ဆေး၊ ရောဂါဗေဒ၊ နှင့် အခြားသော အထူးကုသမားတော်များ အကန့်အသတ်မရှိ ပါဝင်ပါသည်။ အဆိုပါသီးခြားသမားတော်များ/ဝန်ဆောင်မှုပံ့ပိုးသူများသည် ၎င်းတို့၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အမြင်အရ ဝေဖန်ပိုင်းခြားနိုင်စွမ်းကို ကျင့်သုံး၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ကုသပေးခြင်းဖြစ်ပါသည်။ သို့မဟုတ် သက်မွေးကျွမ်းကျင်ဝန်ဆောင်မှုများအား ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ အခြားနည်းလမ်းဖြင့် ပံ့ပိုးပေးအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏သမားတော်အား သူ သို့မဟုတ် သူမ၏အလုပ်အကိုင်အခြေအနေနှင့် စပ်လျဉ်း၍ ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က မေးမြန်းစရာရှိပါက မေးမြန်းလိုက်သင့်ကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပါသည်။ ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသရန် ကျွန်ုပ်တို့အား ပြုစုစောင့်ရှောက်ကုသပေးမည့် သမားတော်များသည် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် Advocate Health Care ၏ ဝန်ထမ်းများ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်များဖြစ်သည်ကို နားလည်သိရှိမှု၊ ကိုယ်စားပြုမှု၊ ကြော်ငြာ၊ မီဒီယာကမ်ပိန်း၊ ကောက်ချက်ချမှု၊ ယူဆမှု သို့မဟုတ် တည်မှီမှုများအပေါ် အခြေခံ၍ ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ခြင်း မဟုတ်ပါ။

ဆေးရုံသည် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးရန်အတွက် သီးခြားပဋိညာဉ်ဖြင့် လုပ်ကိုင်သူများ သို့မဟုတ် သီးခြားဆေးပညာရှင်များကို အသုံးပြုသည်ဆိုသည့် အချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က နားလည်သိရှိပြီး အသိအမှတ်ပြုလက်ခံကြောင်းကို အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က အတည်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သီးခြားသမားတော်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် သက်ဆိုင်သည့် သီးခြားဘာသာစကားအပါအဝင် ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်ဖောင်ကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကြောင်း၊ မေးခွန်းများကို မေးမြန်းခွင့်ရခဲ့ပြီး မေးခွန်းတိုင်းကို ကျွန်ုပ်တို့အား ကျွန်ုပ်တို့စိတ်ကျေနပ်သည်အထိ ဖြေကြားပေးခဲ့ ကြကြောင်းကို ကျွန်ုပ်တို့ဘက်က ထပ်လောင်း၍ လက်ခံအသိအမှတ်ပြုပါသည်။

နေ့စွဲ (Date) အချိန် (Time) လူနာလက်မှတ် (Signature of Patient)

နေ့စွဲ (Date) အချိန် (Time) တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် (များ)၏ လက်မှတ် (Signature of Legally Authorized Agent(s)) လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ (Relationship to patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

Advocate အမှုထမ်းအတွက်သာ (For Advocate Personnel Use Only)

Brochures Offered:

Notice of Privacy Practices: Accepted Declined Patient Rights Accepted Declined

Payment Policy Accepted Declined No Surprise Billing Disclosure Accepted Declined

_____ _____ _____

Date Time Signature of Teammate

