

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

Пока вы являетесь пациентом больниц, офисов врачей, амбулаторных клинических и дневных хирургических центров, клиник неотложной помощи и любых других дочерних и аффилированных организаций ENDEAVOR HEALTH (совместно известных как «ENDEAVOR HEALTH», «мы», «нас» или «наш»), мы будем уважать ваши права пациента независимо от вашего возраста, расы, этнической принадлежности, национального происхождения, религиозных убеждений, культуры, языка, физической или поведенческой инвалидности, социально-экономического статуса, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения либо любого другого статуса, защищенного и соответствующего действующему законодательству.

Пока вы являетесь пациентом ENDEAVOR HEALTH, вы обязаны относиться к нашим врачам, медсестрам, другому клиническому и неклиническому персоналу, а также к другим пациентам, их семьям и посетителям с уважением и достоинством.

Пока вы являетесь пациентом ENDEAVOR HEALTH, вы имеете следующие права.

- Вы имеете защищенное действующим законодательством право на получение ухода, лечения и услуг в безопасной обстановке, не подвергаясь жестокому обращению, такому как эмоциональное, психическое, физическое, сексуальное насилие, словесное оскорбление, пренебрежение, эксплуатация, запугивание, притеснение или любая другая форма дискриминации.
- Вы имеете право на доступ к уходу, лечению и услугам, которые являются этичными, необходимыми с медицинской точки зрения, соответствующими вашему состоянию, заболеванию или травме и соответствуют применимым стандартам ухода, утвержденным основными профессиональными организациями, либо предусмотренным законом.
- Вы имеете право знать о том, какие специалисты предоставляют вам уход, лечение и другие услуги, включая имя врача, который несет основную ответственность за ваше лечение.
- Вы имеете право на скорейшее уведомление члена семьи или другого назначенного представителя и вашего врача в случае вашей госпитализации.
- Вы имеете право на получение кратких объяснений и возможность задавать вопросы о типе, характере и степени вашего расстройства, заболевания или травмы, о любых предлагаемых методах лечения и процедурах, о любых непредвиденных исходах, потенциальных рисках и пользе, а также о том, сколько времени вам может потребоваться для выздоровления, если это известно.
- Вы имеете право на разъяснение принципа информированного согласия вашим врачом или другим медицинским работником, например медсестрой или специалистом, а также право задавать вопросы, касающиеся любого предоставляемого вам ухода, лечения или услуг либо любой проводимой для вас процедуры. Информированное согласие содержит объяснение типа предоставляемого ухода, лечения и услуг или выполняемой процедуры, причину, потенциальную пользу и риски, если они известны.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

- Вы имеете право знать, будет ли поставщик услуг присутствовать при вашем лечении, обслуживании или процедурах и (или) будут ли какие-либо изображения, фотографии или видеозаписи вашего лечения, обслуживания или процедур переданы поставщику по какой-либо причине, не связанной с вашим лечением, обслуживанием или процедурами, например для обучения и повышения квалификации. Вам может быть предложено подписать еще одно согласие на передачу ENDEAVOR HEALTH любых изображений, фотографий или видеозаписей во время прохождения лечения, оказания услуг либо проведения процедуры.
- Вы имеете право участвовать в принятии решений относительно ухода, лечения и услуг до начала или во время получения ухода, лечения и услуг.
- Вы имеете право получать информацию о болевых ощущениях и обезболивающих процедурах, которые могут быть вам доступны, участвовать в обсуждениях и принимать решения о том, как эффективно контролировать болевые ощущения.
- Вы имеете право выбрать законного представителя, который будет помогать вам в принятии решений или принимать от вашего имени решения о вашем уходе и лечении, включая отказ и (или) прекращение лечения. Это право может быть ограничено, если у вас есть назначенный судом опекун, попечитель или другое доверенное лицо для принятия решений, включая медицинское обслуживание. Кроме того, это право может быть ограничено действующим федеральным законодательством или законодательством штата, если выбранное вами лицо подвергает вас риску причинения вреда или было признано неспособным выполнять эту обязанность с точки зрения закона, по психическим или медицинским соображениям.
- В соответствии с регламентом больницы, действующим законодательством и (или) другими условиями вы можете иметь право на то, чтобы посетитель (-и) и обслуживающий персонал приходили к вам и общались с вами в пределах ваших возможностей, не мешая предоставлению ухода, лечения и услуг, не нарушая прав других пациентов, не проявляя неуважения к персоналу и не нарушая как вашей безопасности, так и безопасности посетителей.
- В соответствии с регламентом больницы, действующим законодательством и (или) другими условиями, связанными с вашим уходом, вы имеете право попросить, чтобы при определенном уходе, лечении или услугах присутствовал медицинский сопровождающий и (или) обслуживающий персонал.
- Вы имеете право отказаться от любого вида ухода, лечения или услуг, после того как получите соответствующую информацию:
 - доступные вам варианты лечения;
 - риски и последствия для вашего расстройства, заболевания или травмы, если вы откажетесь от ухода, лечения или услуг;

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

- как ваше решение об отказе от ухода, лечения или услуг может повлиять на ваше страховое покрытие, если это известно.
- Вы имеете право на защиту от любого вида медикаментозного или физического удерживания или изоляции, используемого в качестве средства принуждения, дисциплины, удобства либо возмездия. Однако медикаментозное или физическое удерживание и изоляция могут быть использованы, если врач сочтет это необходимым, чтобы вы не причинили вреда себе или окружающим.
- Если вы удовлетворяете требованиям, а также после получения исчерпывающей информации о нижеследующем и объяснения этой информации доступным языком, вы имеете право согласиться на участие или отказаться от участия в любом исследовании или клиническом испытании любого лекарственного средства или медицинского устройства, либо в любом социальном поведенческом исследовании, за исключением случаев, когда это разрешено или допустимо в соответствии с действующим законодательством. Участие в исследованиях не является обязательным условием получения какого-либо ухода или услуг от ENDEAVOR HEALTH.
- Вы и (или) ваш законный представитель имеете право обратиться за консультацией, чтобы обсудить любые этические проблемы, которые могут возникнуть у вас в связи с получаемым вами уходом, лечением или услугами.
- Вы имеете право на неразглашение защищенной медицинской информации, касающейся ваших медицинских и поведенческих диагнозов, лечения и услуг, и ее защиту от несанкционированного доступа, использования и раскрытия в той степени, в которой это допускается действующим законодательством.
- Вы имеете право ознакомиться с информацией, содержащейся в вашей медицинской карте, в пределах приемлемого периода времени, получить разъяснение или толкование информации доступным языком, а также получить копию вашей медицинской карты в выбранном вами формате, в пределах, допускаемых действующим законодательством. Endeavor Health оставляет за собой право взимать плату за копии вашей медицинской документации.
- Вы имеете право получить информацию о том, как связаться со службами защиты от домашнего насилия, защиты детей и престарелых и другими службами по защите прав, а также получить информацию о процедуре выбора законного опекуна для вас в судебном порядке.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

- Вы имеете право подать обоснованную жалобу, не опасаясь преследований или негативного воздействия на ваше обслуживание, лечение или услуги. Чтобы подать жалобу или претензию, вы или ваш уполномоченный представитель можете обратиться в отдел по работе с пациентами (Patient Experience) по одному из следующих номеров:

Edward Hospital	(630) 527-7225
Elmhurst Hospital	(331) 221-1115
Корпоративный центр Endeavor Health	(800) 901-7422
Evanston Hospital	(847) 570-1536
Glenbrook Hospital	(847) 657-5603
Highland Park Hospital	(847) 480-2882
Linden Oaks Hospital	(630) 305-5115
Endeavor Health Medical Group	(847) 503-4332
Northwest Community Hospital	(847) 618-4390
Skokie Hospital	(847) 933-6531
Swedish Hospital	(773) 293-2273

- Вы имеете право подать обоснованную жалобу или претензию в любую из следующих инстанций.

Департамент здравоохранения штата Иллинойс (Illinois Department of Public Health) Отдел медицинских учреждений и программ (Division of Healthcare Facilities and Programs) 525 West Jefferson Street Springfield, IL 62761 Телефон: (800) 252-4344 Факс: (217) 524-8885 Телетайп: (800) 547-0466 С понедельника по пятницу, с 8:00 до 16:30	Совместная комиссия (The Joint Commission) Управление по соблюдению качества и безопасности (Office of Quality and Safety) One Renaissance Blvd. Oakbrook Terrace, IL 60181 Телефон: (630) 792-5800 Факс: (630) 792-5636 Телетайп: позвоните в службу поддержки штата Иллинойс по номеру 711 Электронная почта: patientsafetyreport@jointcommission.org
--	---

- Вы имеете право получать инструкции относительно любого вида ухода, лечения или услуг после выписки или после процедуры, а также относительно последующих встреч с поставщиком (-ами) услуг, которые могут вам понадобиться, включая имена и контактную информацию.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

Финансовые права

- Вы имеете право получить оценку стоимости вашего ухода, лечения или услуг, суммы, которую может покрыть ваша страховка, суммы, которую вам придется внести, если у вас есть долевая выплата, непокрываемый минимум или совместное страхование, прежде чем вы получите доступ к уходу, лечению или услугам, за исключением экстренных случаев либо других ситуаций, угрожающих жизни, или если иное требуется в соответствии с действующим законодательством.
- Вы имеете право на получение подробной копии вашего счета, на то, чтобы вам объяснили доступным языком расходы, которые приходится нести, а также на получение помощи финансового консультанта, способного посодействовать вам в поиске финансовой помощи или финансового консультирования, чтобы вы могли оплатить свой счет.
- Вы имеете право знать стоимость, сумму, которую может покрыть ваша страховка, и сумму ваших обязательств, включая долевую выплату, непокрываемый минимум или совместное страхование, за уход, лечение или услуги до того, как они будут вам предоставлены, за исключением экстренных ситуаций, ситуаций, угрожающих жизни, или других ситуаций, предусмотренных законом.
- Если у вас есть страховка Medicare, вы имеете право получить «Предварительное уведомление бенефициара» (Advanced Beneficiary Notice, ABN), в котором сообщается в письменном виде, почему Medicare не будет оплачивать уход, лечение или услуги, какую сумму вам придется заплатить, а также согласиться или отказаться от ухода, лечения или услуг до того, как они будут вам предоставлены.
- Вы имеете право запросить и получить информацию о дополнительных распоряжениях, таких как волеизъявление, распоряжения врача о жизнеобеспечивающем лечении (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST), долговременная медицинская доверенность или предварительные распоряжения о психиатрической помощи, чтобы сообщить нам, как бы вы хотели, чтобы с вами обращались, если вы, возможно, не сможете этого сделать позже. Это включает, в частности, распоряжение об отказе от реанимации (Do Not Resuscitate, DNR), в котором указана просьба не делать искусственное дыхание в случае остановки сердца, не использовать лекарства для контроля артериального давления или поддержания работы сердца, не подключать аппарат искусственной вентиляции легких или дыхательный аппарат, не устанавливать трубку для кормления или внутривенного питания, а также любой другой вид паллиативной помощи, который вы хотите или не хотите получать. Вы можете в любое время изменить свое решение относительно того, какой вид паллиативной помощи вы хотите или не хотите получать. Оказание помощи не будет зависеть от того, есть ли у вас предварительное распоряжение.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

В дополнение к другим обязанностям, изложенным здесь и в других документах, пока вы являетесь пациентом ENDEAVOR HEALTH, на вас возлагаются следующие обязанности.

- Вы обязаны сообщить своему врачу и лечащей группе, в меру своей осведомленности, причину обращения к врачу, всю свою текущую и прошлую историю болезни и поведенческого здоровья, нарушения, заболевания и травмы, все лекарства, которые вы принимаете в настоящее время, включая те, которые можно купить без рецепта, например витамины и травяные добавки, находились ли вы когда-либо прежде в стационаре и по какой причине, а также любую другую информацию, например о неожиданных изменениях состояния вашего здоровья, болезни или травмы. Эта информация необходима нам, чтобы оказывать вам посильную помощь и лечение.
- Вы обязаны участвовать в составлении плана лечения и задавать вопросы об уходе, лечении или услугах, которые будут вам предоставлены. Ответы на такие вопросы будут предоставлены доступным и понятным вам языком.
- Вы несете ответственность за соблюдение плана ухода и лечения, согласованного с вашими поставщиками услуг. Сюда входит прием любых лекарств, участие в уходе, лечении или услугах, которые назначил или рекомендовал вам ваш поставщик услуг.
- Вы несете личную ответственность за любые последствия, возникшие в результате принятого вами или вашим законным представителем решения отказаться от ухода, лечения или услуг либо не следовать плану лечения, рекомендованному вашим поставщиком услуг, включая любые платежные обязательства, которые могут возникнуть в результате вашего решения об отказе от ухода.
- Вы обязаны предоставить полную и точную информацию о своей медицинской страховке и страховом покрытии, если это известно, копию страховой карточки и удостоверение личности государственного образца с фотографией, например водительские права или удостоверение личности, выданное штатом, на момент предоставления вам ухода, лечения либо услуги.
- Вы несете ответственность за своевременную оплату полученного вами ухода, лечения и услуг, включая долевыми выплатами, непокрытый минимум или совместное страхование. Если вы затрудняетесь оплатить счет или вам нужно договориться о плане оплаты, вы можете обратиться к финансовому консультанту в любое время в течение или по завершении вашего пребывания, лечения, процедуры или получения услуг, позвонив по телефону:
 - Edward, Elmhurst или Linden Oaks Hospitals: (866) 756-8348;
 - Evanston, Skokie, Glenbrook или Highland Park Hospitals: (847) 570-5000;
 - Swedish Hospital: (773) 878-8200, доб. 3841;
 - Northwest Community Hospital: (847) 618-4542.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

- Вы обязаны соблюдать все действующие правила больницы и правила техники безопасности. Вы обязаны уважительно и вежливо относиться ко всем врачам, медсестрам, другому персоналу больницы, другим пациентам, членам их семей и посетителям. ENDEAVOR HEALTH поддерживает политику абсолютной нетерпимости к словесным оскорблениям или угрозам применения насилия по отношению к любому поставщику услуг, сотруднику, пациенту или посетителю. Любое лицо, поступающее деструктивно, угрожающе или запугивающе, словесно оскорбляющее или угрожающее совершить или совершившее акт насилия, может быть выведено из помещения в дополнение, помимо прочего, к обращению в правоохранительные органы и (или) предъявлению обвинения.
- Вы обязуетесь не использовать фотоаппарат, видео- и аудиозаписывающие устройства, включая смартфоны и планшеты, и, помимо прочего, не фотографировать и не вести видео- или аудиозапись оказания вам помощи, лечения или услуг, либо лечения или обслуживания другого пациента, включая поставщиков услуг и персонал, помещений или других лиц на территории ENDEAVOR HEALTH без прямого письменного разрешения ENDEAVOR HEALTH.
- Вы несете ответственность за соблюдение членами вашей семьи и вашими посетителями всех применимых положений, содержащихся в настоящем документе о правах и обязанностях пациента.
- Вы обязаны сообщить своему врачу, медсестре или любому другому члену вашей лечащей группы, если у вас есть дополнительные распоряжения, такие как волеизъявление, POLST, распоряжение об отказе от реанимации, долговременная доверенность на оказание медицинской помощи, или назначенный судом опекун, попечитель, заместитель родителей либо любое другое доверенное лицо для принятия решений, включая медицинское обслуживание.
- Вы обязаны предоставить копию ваших дополнительных распоряжений или другой подобной информации своему врачу, медсестре или члену вашей лечащей группы, чтобы копии этой информации можно было отсканировать для внесения в вашу медицинскую карту.

Настоящий документ составлен на английском языке. Если настоящий документ будет переведен на другой язык, версия на английском языке будет иметь преобладающую юридическую силу.