

CALIFORNIA VISION AND VISAGE 醫療集團

同意書

1. 同意接受醫護服務。

我同意讓受聘於 California Vision And Visage 醫療集團的醫師治療。並在身為該診所病人時，我允許我的治療醫師，該診所員工，以及所有醫護人員依據他們認為對治愈我病情最有效的方式治療我。我明白此醫護內容將包括測試，檢驗，和醫學治療。我明白並了解該診所無法對醫護的最終療效提供確切的保證。我明白若治療醫師將執行非例行性治療方式時，必須事先取得我的同意。

2. 財務協議。

我明白如有任何診斷檢驗項目不包含在診症費內的，必須另行收費。我將對自己 and/or 受我撫養的家屬負擔所有不被保險金支付的相關醫學治療和/或手術費用。我同意支付任何合法收取的利息，託收費，律師費和其它相關費用，或其它因我所缺欠的費用而引起的附加收費。

3. 醫療福利的分配。

我授權將我的保險福利金直接支付給 California Vision And Visage 醫療集團，以便繳交由 California Vision And Visage 醫療集團或該診所醫師和員工為我提供的醫學治療和/或手術服務費用。

4. MEDICARE 紅藍卡醫療保健資料授權書和付費要求。

我證明我依據美國社會安全法第 XVIII 章之規定填寫付費申請表，並確認表上的資料正確無誤。我授權給持有我醫療或其它相關資料的機構，為我向社會安全局或該局代理處提供所需要醫療福利申請相關的資料。我授權將此醫療福利金支付給提供服務予我的醫師或機構。

5. 醫療福利資料授權書。

我授權在我接受醫療檢驗或治療項目時提供任何與支付該項醫療或相關費用的醫療福利資料。

6. 填寫人確認。

茲證明我已盡我所能提供給醫師和醫療人員最完整，最正確的資料。此同意書的影印件與原件一樣具有同等效力，並且在我以文書通知撤銷以前，本授權書一直有效。

病人姓名

病人/擔保人簽名及填寫與病人之關係

日期

證明人簽名

日期

備註