

病人的權利和責任通知

病人的權利

1. 以病人可理解的語言和方式告知權利。
2. 於初次評估訪視期間，以及居家健康護理機構提供服務前，以病人或其代理人的主要語言或首選語言與可了解的方式，以口頭和書面免費告知病人其權利。
3. 告知病人可用的服務以及如何使用服務。
4. 為居家健康護理機構的管理員提供具體的業務聯絡資訊，以便病人和護理人員舉報投訴和損害病人權利的具體行為，並詢問照護服務之相關問題。

物理治療師、首席執行官／管理員 *Lorna Beukema*。
辦公室電話：650-286-4272
電子郵件位址：lbeukema@rehabathome.org

5. 獲取病人或代理人的簽名，確認他或她已收到《權利和責任通知》的副本。
6. 向所有病人提供 OASIS 隱私聲明的副本。
7. 告知州立免費熱線、聯絡資訊、營運時間和用途。

行使權利

1. 如果根據州立法律宣布病人無行為能力，病人的權利可以由州立法院指定的人員行使。如果州立法院未做出聲明，病人選擇的代理人可以根據病人的喜好行使病人的權利。
2. 要尊重個人和其財口。
3. 免於口頭、精神、性虐待、身體虐待（包括不明來源的傷害）、疏忽和挪用財口。
4. 就病人和／或其家人認為不適當的（或未能）提供的治療或照護而向居家健康護理機構投訴。
5. 有權參與、獲悉必要訊息，並有權同意或拒口照護。
6. 有權參與和獲悉以病人為本的綜合評估，包括評估病人的目標和照護偏好。

病人的權利和責任通知

7. 有權根據綜合評估期間確定的需求，參與並獲悉居家健康護理機構計劃提供的照護服務，建立和修訂該計劃、提供照護的原則、探訪次數，確定預期的照護結果，以及可能影響治療效果的因素。
8. 有權獲得照護計劃中列出的所有服務。
9. 有權收到其個人的居家健康護理機構照護計劃的副本，包括所有照護計劃的最新資訊。
10. 在病人的照護計劃更改之前，通知病人有關任何照護的變化。
11. 有權擁有保密的臨床記錄。
12. 告知病人或代理人熱線的用途是接收有關居家健康護理機構的投訴或問題。
13. 無論是向居家健康護理機構還是向外間機構表達不滿，都有權免於因行使權力而遭受歧視或報復。
14. 有權獲悉使用輔助和語言服務的權利，以及如何得到這些服務。
15. 有權在居家健康護理機構提供照護之前了解居家健康護理機構管制入院、轉院和出院的政策。
16. 有權制定預前照護指示，並要求參與照護之人員皆遵守前述的預前照護指示。

病人的權利和責任通知

投訴時，可隨時撥打 Medicare 熱線號碼：**1-800-MEDICARE**

也可隨時於加利福尼亞州公共衛生部門進行申訴，24 小時全年無休。免費熱線的用途是接收有關當地居家健康護理機構的投訴或疑問。您也有權使用**免費熱線**就有關執行預前照護指示的規定提出投訴。

加利福尼亞州公共衛生部
舊金山地區辦公室
150 North Hill Dr. Suite 22
Brisbane, CA 94005

主要號碼：**1-415-330-6353**

免費熱線：**1-800-554-0353**

病人的責任

1. 就您病史或目前症狀，盡可能完整和準確回答相關問題。
2. 如發現您的健康情況有任何轉變，請告訴您的醫生或居家護理和復健人員。
3. 如對治療有任何疑問，或在治療計劃中遇到困難，請告訴您的醫生或居家護理和復健人員。
4. 如需要取消預約，請通知居家護理和復健人員。
5. 欲使用居家護理和復健服務，請提供準確的帳口信息，以便及時付款。



病人的權利和責任通知

病人姓名： _____

是，本人已接收病人的入院、轉院及出院準則通知。此信息經口頭審查並以書面形式收到。

病人或代理人簽名

日期

病人的代理人

沒有額外病人代理人

有額外的病人代理人並於下方列出：（倘若你有超過 3 名，請在此文件的背面或單獨文件書寫額外姓名和聯繫信息。）

姓名

地址

1. _____

電話： _____

電子郵件： _____

2. _____

電話： _____

電子郵件： _____

3. _____

電話： _____

電子郵件： _____
