

患者权利和责任声明

患者的权利

1. 以患者所理解的语言和方式被告知信息的权利。
2. 在患者前来进行初次评估时，以及在家庭健康护理机构向患者提供护理之前，以患者所理解的方式，用其主要语言或首选语言提供关于患者权利的口头及书面声明。
3. 告知患者服务的可用性，并指示患者如何使获得这些服务。
4. 提供家庭健康护理机构管理员的具体业务联系信息，以便患者及其看护人能够提出投诉，以及对特定的患者权利的违规行为进行举报，并且可以对所提供的护理服务提出疑问。

Lorna Beukema, 理疗师, CEO/管理员

办公电话: 650-286-4272

电子邮件: lbeukema@rehabathome.org

5. 获得患者或其代表的签名，确认患者已收到"权利和责任声明"的副本。
6. 向所有患者提供 OASIS 隐私声明的副本。
7. 对免费的州内热线、联系方式、工作时间及目的知情的权利。

行使权利

1. 如果根据州法律，患者被宣布为欠缺行为能力，则患者的权利可由州法院指定的人员代为行使。如果州法院未做出声明，病人所选择的任何一名代表可以根据患者的意愿为其行使权利。
2. 人身及其财产受到尊重。
3. 免受言语、精神、性以及身体方面的虐待，包括来源不明的伤害、忽视及对其财产的挪用。



患者权利和责任声明

4. 就患者和/或其家属认为不适当的（或未能提供）的治疗或护理向家庭健康护理机构进行投诉。
5. 参与、知情及同意或拒绝护理的权利。
6. 对于与患者特定相关的综合评估有参与和知情的权利，包括对患者的目标评估以及护理喜好。
7. 有权参与家庭健康护理机构计划根据综合评估时所确定的需求而提供的护理，并对该计划的制定和修订、提供护理的规章制度、访问频率、预期护理结果确认以及可能影响治疗效果的因素有知情权。
8. 有权获得护理计划中列出的所有服务。
9. 有权收到其个人化的家庭健康护理机构的护理计划副本，包括所有最新的护理计划。
10. 在改变患者的护理计划之前，告知患者任何有关其护理的变化。
11. 有权保有一份保密的临床记录。
12. 向患者或其代表告知热线电话的目的在于接收与家庭健康护理机构相关的投诉或问题。
13. 有权向家庭健康护理机构或外部机构提出申诉时，并免于因行使其权利而遭受歧视或报复。
14. 对可获得的辅助设施以及语言服务，以及如何获得这些服务的知情权利。
15. 对在家庭健康护理机构提供护理之前，对家庭健康护理机构的入院、转院及出院政策的知情权。
16. 有权制定预先指示，并令所有参与计划的护理人员遵从其预先指示。

患者权利和责任声明

在提出投诉的过程中，您可以随时联系 Medicare 热线号码：**1-800-MEDICARE**

也可以向加利福尼亚州公共卫生部门提出申诉，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。免费热线的目的在于接收与本地家庭健康护理机构相关的投诉或疑问。您也有权使用**免费热线**对执行预设医疗指示的实施提出投诉。

California Department of Public Health
San Francisco District Office
150 North Hill Dr. Suite 22
Brisbane, CA 94005

总机：1-415-330-6353

免费热线：1-800-554-0353

患者的责任

1. 尽可能完整和准确地回答有关您的病史或症状的问题。
2. 如果您发现您的健康有任何变化，请告知您的医生或家庭护理及康复机构的工作人员。
3. 如果您对某项治疗有任何疑问，或是您在治疗计划中遇到困难，请告诉您的医生或家庭护理及康复机构的工作人员。
4. 如果您因任何原因需要取消所预定的访问，请通知家庭护理及康复机构的工作人员。
5. 向家庭护理及康复机构提供准确的结算信息，以便对及时付款作出安排。

患者权利和责任声明

患者姓名： _____

是的，我已经收到了患者权利的通知以及入院、转院和出院标准。有关方已经与我口头讨论这些信息并寄给我书面文件。

签名：患者或代理人

日期

患者代理人

我没有额外的患者代理人

我有额外的患者代理人，如下所列：（如果您有多于3位代理人，请在本文件的背面附上额外代理人的姓名和联系方式，或者在一份单独的文件上列出。）

姓名

地址

1. _____

电话： _____

电子邮件： _____

2. _____

电话： _____

电子邮件： _____

3. _____

电话： _____

电子邮件： _____