



الزامات اعلام موافقت با خدمات دورپزشکی و رضایت‌نامه دورپزشکی ACBH

الزامات DHCS¹

طبق [23-018 BHIN](#)، «اداره خدمات درمانی» (DHCS) رعایت همه نکات زیر را برای ارائه‌دهندگان الزامی کرده است:

- جلب رضایت شفاهی یا کتبی در مورد دریافت خدمات دورپزشکی به‌عنوان روش مناسب ارائه خدمات، پیش از ارائه اولیه خدمات تحت‌پوشش از طریق دورپزشکی (صدا و تصویر همگام) یا تلفن (فقط صدا).
- تشریح اطلاعات مربوط به استفاده از خدمات دورپزشکی برای همه ذینفعان.
- درج مستندات اعلام رضایت کتبی یا شفاهی در مورد دریافت خدمات تحت‌پوشش از طریق دورپزشکی، پیش از ارائه اولیه خدمات، در پرونده پزشکی ذینفع.

جلب رضایت در مورد دورپزشکی

ACBH برای جلب رضایت در مورد دورپزشکی، پیش از ارائه خدمات دورپزشکی، در نظر گرفته است. ارائه‌دهندگان می‌توانند از این ابزارها استفاده کنند یا از رضایت‌نامه عمومی که حاوی همه الزامات بالا باشد، استفاده نمایند. مستندات مربوط به اعلام رضایت ذینفع باید، بنا به درخواست، در دسترس ACBH و CHCS قرار بگیرد.

¹ ارائه‌دهندگان همچنین باید رهنمود مراجع ذیصلاح صدور گواهی در زمینه الزامات مستندسازی دورپزشکی را مطالعه کنند.



Behavioral Health Department

Alameda County Health

دستورالعمل‌های ویژه ارائه‌دهندگان برای جلب رضایت شفاهی در مورد دورپزشکی

برای جلب رضایت شفاهی، متن زیر را برای ذینفع بخوانید. سپس اطلاعات را در یادداشت پیشرفت موجود در پرونده پزشکی ذینفع کپی کنید/بچسبانید.

«طبق قوانین Medi-Cal، شما می‌توانید خدمات را به‌صورت حضوری و رو-در-رو یا از طریق دورپزشکی دریافت کنید. اگر، به دلیل مشکلات حمل‌ونقل، استفاده حضوری از خدمات برای شما دشوار باشد، Medi-Cal هزینه خدمات حمل‌ونقل را، در صورتی که استفاده از منابع دیگر امکان‌پذیر نباشد، پوشش خواهد داد. استفاده از خدمات دورپزشکی به‌جای خدمات حضوری، ممکن است با محدودیت‌ها یا مخاطراتی همراه باشد. مثلاً، [جزئیات را اضافه کنید]

اگر دریافت خدمات از طریق دورپزشکی را بپذیرید، در هر زمان می‌توانید تصمیم خود را تغییر دهید. البته باید موضوع را به اطلاع ما برسانید. اگر نظر خود درباره استفاده از خدمات دورپزشکی را تغییر دهید، می‌توانید همچنان از خدمات تحت پوشش Medi-Cal استفاده کنید.»

ارائه‌دهنده سرویس «رضایت‌نامه دورپزشکی ACBH را با حضور بیمار مرور کرد. بیمار توصیه‌های بالا را می‌داند و می‌پذیرد. بیمار موافقت شفاهی خود را با دریافت خدمات درمانی از ارائه‌دهنده سرویس، از طریق دورپزشکی، اعلام کرده است.

دستورالعمل‌های ویژه ارائه‌دهندگان برای جلب رضایت کتبی در مورد دورپزشکی

رضایت‌نامه دورپزشکی را پر کنید و در پرونده پزشکی ذینفع درج نمایید.



رضایت‌نامه کتبی دریافت خدمات از طریق دورپزشکی

1. من می‌پذیرم که خدمات درمانی را از طریق دورپزشکی از _____ [نام ارائه‌دهنده سرویس، مجوز] دریافت کنم. من می‌دانم که:

a. حق دسترسی به خدمات تحت پوشش Medi-Cal به صورت مراجعه حضوری و رو-در-رو یا از طریق دورپزشکی برای من محفوظ است.

b. استفاده از خدمات دورپزشکی اختیاری است، و من در هر زمان می‌توانم رضایت خود را پس بگیرم، یا دریافت خدمات از طریق دورپزشکی را بدون محروم شدن از حق دسترسی آینده به خدمات تحت پوشش، متوقف کنم.

c. Medi-Cal هزینه خدمات حمل و نقل برای بهره‌مندی از خدمات درمانی حضوری را، در صورتی که استفاده از منابع دیگر امکان‌پذیر نباشد، پوشش می‌دهد.

d. دریافت خدمات دورپزشکی به جای مراجعه حضوری، ممکن است با محدودیت‌ها یا مخاطراتی همراه باشد.

2. من این سند را به دقت خوانده‌ام، با محدودیت‌ها و مخاطرات احتمالی دریافت خدمات از طریق دورپزشکی آشنا شده‌ام، و پاسخ پرسش‌های خود را به شکل مطلوب دریافت کرده‌ام.

نام سرپرست بل حروف بزرگ کتابی (در صورت وجود)

نام ذینفع با حروف بزرگ کتابی

تاریخ

امضای ذینفع (یا سرپرست، در صورت وجود)