

大学健康中心  
治疗同意书

要在本健康中心接受治疗，我们需要您同意并确认以下条款。

确认并同意：

- 1) 我在此同意根据医生或其他医疗提供者判断认为必要和可取的医疗保健和治疗，其可以包括但不限于：医疗或外科治疗或手术；实验室服务；X 射线服务；和/或根据我的医疗提供者的一般或特殊指示提供给我的其他辅助服务。
- 2) 我确认并理解我负责承担向我提供的任何服务和用品的费用。此外，我了解，我有责任与我的保险公司联系以确定接受的任何和所有服务的保险范围。
- 3) 我理解，如果我有不涉及俄勒冈大学的私人保险，我有责任直接将任何相关的表格提交到我的保险公司，以便进行可能的报销。
- 4) 如果我需要取消或重新安排预约，我同意我会给予提前通知，并且我明白，如果不这样做，可能会导致“违约/晚取消费用”，这不符合保险报销的条件。
- 5) 我声明，据我所知，我提供的有关我的健康状况的信息是准确和完整的。

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

通过下面签字，我同意对我进行治疗，并确认收到“隐私政策”。

印刷体姓名全名： \_\_\_\_\_

签字： \_\_\_\_\_

今日日期： \_\_\_\_\_