

# 治療同意書

---

我 \_\_\_\_\_（患者全名），同意如下：

1. 我授權給 邱醫師 (Dr. Christine Chiu)，全權負責治療我的病。我願意遵照邱醫生提供的專業指導。  
我會完全負責我的治療費用。  
雙方會一起討論和同意每星期（或每個月，每季）門診次數。
2. 邱醫師會盡心盡力治療我的病。精神治療和一般身體疾病的治療一樣，沒有保證一定會完成復原或更好。  
精神治療最好的效果是第一遵照醫師的專業指導，第二患者自己要有積極主動的態度去達成病好的願望。
3. 治療過程當中，邱醫師是以醫德和醫術最重要的，患者可能會有暫時的情緒不穩定和藥的副作用等，是可接受的。
4. 必要的電話：譬如急診，嚴重的症狀，副作用，藥丟掉了，更改預約門診等，一般不超過5分鐘是免費的。我會把有關我的比較詳細的治療問題，等看診時間和邱醫師討論。
5. 取消預約門診：48 小時以前，指上班時間，取消是允許的和免費。不包括星期六，日，和國定假日。否則取消預約的門診是會被百分之百的收費。譬如預約門診的時間是星期一，我必需在上星期四（含）以前電話通知邱醫師。
6. 緊急狀況時：我會打電話給911或者去醫院的急診室。邱醫師此時沒有接電話，請留言。
7. 付費和向醫療保險公司請款(不包括 Medicare, Medicaid & Medi-cal):
  - a. 每次治療時，我付現金或支票。會有 \$50元的支票退票費。
  - b. 邱醫師是醫療保險公司 “Anthem Blue Cross”, “Cigna”, “Stanford Cardinal Care”, 的合約醫師。如果我是此公司的會員，我會在第一次門診以前向醫療保險公司求証我的保險包括有權利去看邱精神科醫師。  
因為醫療保險公司對會員的權利（benefits & coverage）經常會更改，更改的內容，我同意立刻通知邱醫師。

- c. 如果我的保險公司不是以上的,我會負責向自己的保險公司請款,至於得到款的金額多少或沒有補償,自己會負責,與邱醫師無關。邱醫師可以提供當月的治療費用收據,以便我可以向我的保險公司請款,但是不包括紅藍卡 (Medicare) 和白卡 (Medi-Cal, Medicaid) 的機構。
8. 邱醫師不是 Medicare, Medi-Cal, Medicaid 的醫師。我不會把我在邱醫師的治療費用向 Medicare, Medi-Cal, Medicaid 的機構請款。
9. 藥的補充 Refill:
- a. 邱醫師會提供給我足夠的藥品,一直可用到下一次門診時間。
- b. 假如患者要 Refill, 必需在3天前請藥房打電話給邱醫師,經醫師的同意,才可以 Refill。
- c. 沒有下一次的預約門診,就沒有 Refill。
10. 門診以外的電話諮詢和醫療報告: 一般不超過5分鐘的必要電話是免費。超過5分鐘的電話諮詢和醫療報告,依照門診費用收費。  
邱醫師不提供任何身體受傷和長期殘障的法律報告。
11. 門診費用:
- |                |      |          |
|----------------|------|----------|
| a. 藥物治療:       | 25分鐘 | \$230.00 |
| b. 心理諮詢和藥物治療:  | 50分鐘 | \$350.00 |
| c. 廣泛多方面的初診評估: | 75分鐘 | \$450.00 |

將來價格有變動時, 會預先通知。我完全同意以上拾條的說明。

---

簽名

---

日期 (月/日/年)

---

英文全名

---

邱醫師簽名