



David P. Bui, M.D.
Jennifer B. Taylor, M.D.
Dorothy P. Khong, M.D.
Eugene A. Lowry, M.D.

2241 Central Ave, Ste. A
Alameda, CA 94501
T 510-522-0377 F 510-522-5372
www.sfbayeye.com

病人責任協議

我們診所為每位病人提供高品質的病人護理和優質的服務。我們的目標是要和一個每位病人建立一個長期的關係，因此我們需要管理診所的進度和流程。如果病人不能赴約看醫生，請您盡快告知診所。我們希望有預約的病人能夠準時的看醫生。另外，我們正在使用預約提醒通信的服務。該服務將通過電子郵件，電話和短信與您確認預約。當您收到電話時，請聽完留言，然後選擇“1”確認預約或選擇“2”要求改期。

我, _____ (正楷姓名), 明白並同意以下的內容:

1) 我同意對每個醫生的預約準時到達，除非有緊急或其他特別的狀況。如果我遲到超過 15 分鐘，預約可能需要改期。我明白如果不能提前 48 小時取消預約或 重新改期，我可能會被罰 \$25 的費用或 \$200 手術費用。（如果是第一次便可以豁免）

_____ (簡寫簽名)

2) 我明白所有醫療服務費用，包括門診費 (copay) 和保險免賠額 (deductible) 是在看醫生當日付費的。如果我沒有準備好來支付這些所需的費用，我需要額外多付 \$35 的手續費。如果不把病人目前賬戶餘額結帳，我有可能不允許再安排醫生預約甚至會收到診所的解僱。我會負責所有非承保服務的費用。

_____ (簡寫簽名)

3) 我明白我必須提供診所我最更新的聯繫資和醫療保險資料。如果沒有這樣做可能會導致過了限期結算而遭到保險公司拒絕承包一切費用。我也明白病人有責任了解自己的醫療保險計劃包括承包和非承包的費用。我們診所將嘗試協助您，但最終這是病人的責任。

_____ (簡寫簽名)

(病人簽名)

(日期)

未簽署本表格的不代表您不必按照我們診所的政策。我們有記錄對您提供了這些告示，它仍然會被執行。