

传真: 1-240-514-3999

除非另有注明, 否则所有字段都必须填

1 患者信息 (由患者填写及签字)

患者姓名 (名、中间名、姓)	手机	住家电话
出生日期 (月月/日日/年年年年)	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	Otsuka可在以下装置留言 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住家电话 <small>若有要求, 用于接收短信</small>
街道地址	惯用语言	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 其他
市	州	邮政编码
电子邮件		

2 开立处方者信息 (由患者填写)

处方医生姓名	执业	电话号码
--------	----	------

3 OTSUKA产品您当前或即将得到的处方 (由患者填写)

在此写下产品名称

4 电话、短信和电子邮件同意书

请仔细阅读以下段落, 并在注明的方框打勾。

电话、短信和电子邮件同意书

我同意接收来自Otsuka America Pharmaceutical, Inc.以及代表其公司打来的电话及(或)短信以及电子邮件。
您理解您的同意不是参加计划的必要规定或条件。短信的数量会根据您选择的计划而异。当您同意接收短信, 您理解尽管我们会尽力保护信息, 但是SMS/短信可能并不安全。可能需要支付短信和数据流量费率。如需额外信息, 请查看Otsuka America Pharmaceutical隐私政策: otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy。发短信STOP退出, 或者发短信HELP获取协助。

我同意参加Otsuka患者教育关系计划。

请在此处签字

患者/法定监护人签字
— 如果是法定监护人, 请指明与患者的关系

日期(月月/日日/年年年年)

4 患者授权书

我理解Otsuka及其业务伙伴可以使用并且相互共享以及与我的医护人员、药房及健康保险计划共享在本计划中向我提供服务、管理计划, 或者Otsuka为满足其法律义务所需的我的相关信息。

此外, 我确认及同意Otsuka及其代表可以根据适用法律以及任何适用的道德行为准则联系我的医护人员、执法应急服务、家庭成员, 或者任何其他可以合理协助的人, 前提是他们善意认为此举对于避免或者减轻对我的健康或安全, 或者对他人的健康或安全的严重且迫近的威胁有所必要。

我授权我的受保护健康信息 (PHI) 可以由我的医护人员和药房传给Otsuka患者支持部, 披露给Otsuka及其授权代表和厂商 (包括Otsuka患者支持部呼叫中心的工作人员) 并由其审查, 以便提供可用的支持, 包括过渡护理支持。这包括将我的医护人员和药房提供的PHI传送给我的医疗保险公司、药房、倡议组织和第三方, 例如数据汇集者、共付额卡厂商、化验室、安全计划管理员、患者服务中心, 以及患者协助计划药房。信息可能会由接收者再次揭露, 不再受到HIPAA保护。

我的PHI可能包括:

- 在本同意书提供的信息
- 与我的治疗和健康状况有关的保健记录
- 从我的医疗保险公司收到的付款人相关信息
- 药房或其他保健单位提供的处方、配药、运送和其他信息
- 帮助支持我的过渡护理的信息

我的授权和披露通知会从我的签字日期起一 (1) 年有效。我理解计划可能会一年两次要求我提供书面同意, 以便支持我继续获得所开立的治疗。我理解我的药房可能会从计划或是因为提供本同意书列出的授权支持服务而收到付款。在本同意书上签字纯属自愿。

Otsuka隐私政策负责管辖对您所提供信息的使用以及您对自身数据的权利。该隐私政策见otsuka-us.com/oapi-and-opdc-privacy-policy。

我理解我可以拒绝在本同意书上签字, 这不会影响医护人员开始或继续向我提供治疗, 也不会影响治疗的质量。

我在本同意书上签字后, 可以打电话**888-564-9611**给Otsuka患者支持部, 或是将书面通知寄到**Patient Consent Management, PO Box 61204, King Of Prussia, PA 19406**并提供以下信息以撤销同意:

- 授权撤销、患者名字、患者姓氏、患者出生日期、联系电话、联系地址

撤销在接到后即告生效, 但不会影响在撤销日期之前已经传送或取得的信息。如果我选择不在本授权书上签字, 或是在签字之后撤销, Otsuka患者支持部将无法在我的撤销日期之后向我提供上述的支持。我理解如果我撤销, 不会影响在收到我的撤销之前对于我信息的任何使用或揭露。

患者填写以下的联系信息, 即同意可以与下述人士共享受保护健康信息, 并且下述人士同意接到计划关于该患者的来电, 届时他们可以同意计划通过短信与他们联系。如果患者不再希望共享有关自己的信息, 计划仍将继续因为该患者与下述人士联系, 除非患者另有指示。

请在此处签字

患者/法定监护人签字 (我已阅读并同意患者授权书)		日期 (月/月/日日/年年年年)
— 如果是法定监护人, 请指明与患者的关系		
看护者/备用联系人姓名	关系	手机
附加看护者/联系人姓名	关系	手机

需要支付手机公司的语音和短信标准费率。

